

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**FATORES QUE INFLUENCIAM A SUPERVISÃO DE ESTUDANTES
DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM EM ENSINO
CLÍNICO: PERSPETIVA DO ENFERMEIRO TUTOR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pela

Professora Doutora Sandra Cruz

e coorientada pelo

Professor Doutor António Luís Carvalho

Mónica Cláudia da Silva Barbosa

Porto | 2015

DEDICATÓRIA

Ao Armando, ao Pedro, ao Luís, aos meus Pais

AGRADECIMENTOS

No final deste percurso penso em todos aqueles que me ajudaram a desbravar este caminho. Devo um agradecimento especial:

À Professora Doutora Sandra Cruz e ao Professor Doutor António Luís Carvalho pela disponibilidade, acompanhamento e orientação sempre assertiva em todo este percurso;

Aos enfermeiros tutores que participaram neste estudo, pelo tempo que despenderam e pela pronta resposta;

Ao meu marido, Armando, pelo incentivo, amor, companheirismo, palavras de encorajamento, pelos projetos a três e agora a quatro...

Ao meu filho Pedro pelo tempo que não lhe dediquei.

Aos meus Pais pelas palavras de encorajamento, pelo apoio em momentos mais difíceis e pela ajuda com o Pedro.

Ao meu irmão Carlos e cunhada Bebiana pelo encorajamento.

Às minhas colegas de trabalho pelo estímulo e apoio ao longo deste percurso, em especial à Isabel, à Cátia e à Lurdes.

Ao Telmo, pela ajuda na reta final deste trabalho.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para que este percurso fosse possível,

Muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEP: Escola Superior de Enfermagem do Porto

ULSM: Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	1
1.ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	7
1.1.Pergunta de Partida, Objetivos e Finalidade	9
1.2. Instrumento de Colheita de dados e Participantes	11
1.3. Tratamento dos Dados	13
1.4.Procedimentos Éticos	14
2.APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	17
2.1. Caraterização Sociodemográfica dos Participantes	17
2.2.Planeamento do Ensino Clínico	21
2.3.Competências do Enfermeiro Tutor	36
2.4.Conteúdos da Aprendizagem	50
2.5.Relação Pedagógica	60
2.6.Avaliação da Aprendizagem	70
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

Anexo I - Guião de entrevista

Anexo II - Autorização Institucional para Realização das Entrevistas

Anexo III - Consentimento Informado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1:- Idade dos Enfermeiros	18
Gráfico 2:- Contexto onde os Enfermeiros Exercem Funções	18
Gráfico 3:- Experiência Profissional dos Enfermeiros	19
Gráfico 4:- Especialização dos Enfermeiros	20
Gráfico 5:- Experiência como Enfermeiros Tutores	20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1:- Planeamento do Ensino Clínico	24
Quadro 2:- Competências do Enfermeiro Tutor	43
Quadro 3:- Conteúdos da Aprendizagem	53
Quadro 4:- Relação Pedagógica	65
Quadro 5:- Avaliação da Aprendizagem	73

RESUMO

O ensino clínico é um espaço privilegiado para a aprendizagem dos estudantes de enfermagem. É nele que têm a possibilidade de desenvolver e mobilizar competências e construir conhecimento. A supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico tem sido alvo de numerosas investigações nos últimos anos. De facto, a supervisão neste contexto reveste-se de grande complexidade e tem um papel muito relevante no desenvolvimento e construção da identidade do futuro profissional.

Na supervisão de estudantes em ensino clínico intervêm diversos atores dos quais se destacam: o estudante, o docente e o enfermeiro tutor.

Os estudos que têm sido feitos demonstram que existem múltiplos fatores que podem condicionar a aprendizagem em ensino clínico. Neste sentido delineamos como pergunta de partida: Quais os fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico na perspetiva do enfermeiro tutor? Definimos como objetivos: Compreender a dinâmica de supervisão de estudantes em ensino clínico na formação inicial em enfermagem; Identificar os fatores que influenciam a supervisão, na perspetiva do enfermeiro tutor.

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa sendo exploratório, descritivo e transversal. Como instrumento de colheita de dados, recorremos à entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo foram 10 enfermeiros, que exerciam funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e que estavam a realizar a sua formação pós-graduada na Escola Superior de Enfermagem do Porto e orientavam estudantes desta instituição de ensino. O tratamento dos dados foi feito com recurso a análise de conteúdo.

Da análise de conteúdo realizada emergiram cinco categorias: planeamento do ensino clínico; competências do enfermeiro tutor; conteúdos da aprendizagem; relação pedagógica e avaliação da aprendizagem.

Como principais conclusões destacamos a importância de uma articulação efetiva entre a instituição de ensino e instituição de saúde na orientação de estudantes e a necessidade de formação dos enfermeiros tutores em contexto formal.

Palavras-chave: Supervisão clínica em enfermagem; ensino clínico; enfermeiro tutor; estudante; aprendizagem.

ABSTRACT

Title: Aspects that influence clinical supervision of undergraduate nursing students during clinical training: the perspective of the mentor

Clinical training is a privileged area when it comes to the formation of nursing undergraduates. In this field, they have the possibility to develop and mobilize competences and to build knowledge. Clinical supervision of nursing undergraduates has been under several investigations during the last years. In fact, supervising in these contexts is really complex and plays a serious role while developing and building one's future professional identity.

Several agents intervene when it comes to the development of supervision during clinical training: the student, the teacher and the mentor.

The studies that have been made show us that there are several aspects that can condition the way one learns during clinical training. In this way, the selected key question was: Which aspects influence clinical supervision of undergraduate nursing students during clinical training from the perspective of the mentor? The defined goals are to understand the dynamics of the clinical supervision of undergraduate nursing students during their clinical training and to identify the aspects that influence the supervision in nursing from the perspective of the mentors.

This was a qualitative study and its nature is exploratory, descriptive and transversal. We collected our data through semi structured interviews. The participants were 10 nurses working at the Local Health Unit of Matosinhos, pursuing post-graduate studies in Porto's Nursing School and mentoring students from this institution. All data was processed from a content analysis perspective.

From this analysis came out five categories: planning of clinical training; mentor's competences; learning contents; pedagogical relationship and evaluation.

As the main conclusions we can highlight the value of a true articulation between the school and the health institution in the mentoring of nursing students and the need of a formal teaching of mentors.

Key-Words: Clinical supervision in nursing; mentor; student; clinical training; learning.

NOTA INTRODUTÓRIA

A enfermagem sofreu várias mudanças nos últimos anos ao nível da gestão das instituições de saúde, políticas de saúde e formação dos profissionais, bem como na sua representação social.

Também se verificaram mudanças importantes na construção da identidade profissional dos enfermeiros muito por via da evolução da profissão e dos contextos socio culturais. Podemos definir como marcos importantes para estas alterações a entrada da enfermagem para o ensino superior, a criação de Mestrados e Doutoramentos em Enfermagem, a criação do Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermagem e a criação da Ordem dos Enfermeiros.

De facto, a formação e o ensino de uma disciplina são áreas de grande importância no seu desenvolvimento. Ao longo deste trabalho iremos focar-nos numa das áreas em que a enfermagem deve desenvolver-se em pleno: a da formação. Para melhor a entendermos torna-se necessário perceber o percurso do ensino da enfermagem em Portugal ao longo dos anos.

O grande passo no ensino da enfermagem surge em 1947 com o decreto-lei nº 36219 de 10 de abril o qual mencionava que o ensino de enfermagem devia ser ministrado em cursos gerais e especializados cuja duração não deveria ser menor que dois anos e um ano para o curso de auxiliar de enfermagem. No final, os estudantes estavam preparados para as categorias de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, enfermeiro chefe e monitor. O ensino teórico, também sofreu alterações e a sua instrução deixou de ser da responsabilidade dos médicos e passou a ficar a cargo de enfermeiros (Barroso, 2009).

Porém, o ensino na prática era realizado por enfermeiros com poucos conhecimentos, sem tempo disponível ou que não se interessavam pelo aluno, os cursos eram ensinados por docentes e médicos e centravam-se na aquisição de habilidades (Amendoeira, 2006).

Até 1988 o ensino de enfermagem era da responsabilidade do Ministério da Saúde, a partir desta data o ensino desta profissão foi integrado no Sistema Nacional de Ensino Superior Politécnico e a partir desta altura ficou com a tutela partilhada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, tal como ficou legislado pelo Decreto-lei 480/88 de 23 de dezembro. Este acontecimento foi de elevada importância para o reconhecimento da profissão a nível cultural, científico e técnico. Foi já na década de 90 que apareceram os primeiros cursos de bacharelato em Enfermagem, os estudantes começaram a ser selecionados pelo gabinete do coordenador de acesso ao ensino superior. Os planos de estudos eram elaborados por cada escola tendo em conta a filosofia de educação e de aprendizagem e eram, posteriormente, propostos pelo conselho científico de cada instituição de ensino para homologação pelo ministério da saúde (Ribeiro, 2013).

Por tudo o exposto podemos verificar que o ensino de enfermagem, tal como o ensino e a educação de uma maneira geral, sofreu grandes transformações ao longo dos últimos anos. Para isso muito contribuiu a mudança de paradigma de ensino aprendizagem. Passamos de um paradigma da racionalidade técnica para o paradigma da racionalidade crítica. (Sá-Chaves, 2000 cit. por Rua, 2009). Nesta perspetiva os estudantes são colocados no centro de todo o processo de ensino aprendizagem, sendo-lhes atribuídas responsabilidades pela sua própria aprendizagem de forma a tornarem-se profissionais competentes. Esta mudança de paradigma tornou essencial que se operassem alterações curriculares assentes na aprendizagem ao longo da vida, na interação com o meio e no saber agir em ambientes de imprevisibilidade e em alteração constante (Rua, 2009).

Como anteriormente referimos, esta perspetiva de formação está presente na nova conceção de ensino de uma maneira geral. Na proposta da Comissão Internacional para a Educação do século XXI Delors *et al* (1998 cit. por Rua, 2009) defende que o aprendiz deve desenvolver quatro saberes evolutivos: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver em comum e aprender a ser.

Também Edgar Morin (2006) refletiu sobre o futuro da educação, na sua obra Sete Saberes para a Educação do Futuro, os saberes que cada formando deve desenvolver e que muitas vezes são descurados nos programas educativos são o Conhecimento, o

Conhecimento Pertinente, a Identidade Humana, a Compreensão Humana, a Incerteza, a Condição Planetária e a Antropo-ética.

Pelo que acima foi referido, torna-se fundamental que a formação em enfermagem tenha presente o desenvolvimento das potencialidades do estudante em todas as áreas acima citadas e que a ênfase seja realmente colocada na aprendizagem e não no ensino. Sendo, esta essencial em todo o processo de educação em enfermagem, particularmente na aprendizagem em ensino clínico (Santos, 2009). A competência metacognitiva é enfatizada como a mais desejável para este tipo de aprendizagem (Pettengill et al, 1998; Carvalho, 2004 cit. por Santos, 2009).

O ensino clínico é, portanto, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências. No decreto-lei nº 219/99 de 18 de setembro é apresentada a estrutura curricular do curso de licenciatura em enfermagem e este regulamenta que a duração do ensino clínico deve ser de pelo menos metade da carga horária do curso. O ensino clínico deve: *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”*. Este deve ser *“assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado”* (artigo 5º pontos 1 e 3).

Assim, para a concretização dos ensinamentos clínicos há necessidade de intervenção de vários atores dos quais destacamos o estudante, no centro de todo o processo, o docente e o enfermeiro da prática clínica. A cada um deles compete um determinado papel e cada um deles é determinante e insubstituível em todo o processo de formação (Santos, 2009).

A forma como o estudante é orientado deve ser estruturada, pelo que a supervisão clínica em enfermagem veio dar um grande contributo a este aspeto. O conceito de supervisão clínica, embora com larga história nos EUA, Austrália, Reino Unido e países nórdicos, só ao longo das últimas décadas tem vindo a ser muito debatido no seio da formação em enfermagem em Portugal. Esta é uma dimensão importante dos processos de promoção da qualidade e da acreditação e pelo que oferece a nível da assistência aos utentes (Abreu, 2007). Supervisão clínica em Enfermagem pode definir-se, segundo Abreu, (2002, p. 1) como *“relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de*

estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo preceptorship, mentorship, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.”

A supervisão clínica pode ser abordada de várias perspetivas, no entanto, todas elas convergem na defesa de que supervisão clínica deve articular a prática em contexto clínico, o desenvolvimento da profissão e potencialização da inteligência emocional (Abreu, 2007).

No que diz respeito à formação inicial as instituições de saúde devem assumir que, tendo um papel ativo na formação dos novos profissionais, podem estar também a melhorar a performance dos seus enfermeiros. Abreu (2003), considera que os sistemas de tutoria, integrados no sistema de saúde, podem refletir-se não só na formação de novos enfermeiros, como na formação contínua dos enfermeiros das instituições e na promoção da prática baseada na evidência científica.

Assim, o enfermeiro da prática clínica, também designado por enfermeiro tutor, tem um papel muito importante no processo de formação do estudante de enfermagem. A ele são atribuídas diversas responsabilidades no acompanhamento de estudantes em ensino clínico e é nele que o estudante encontra o suporte para desenvolver aprendizagens significativas ao longo do estágio, em cooperação com o docente. Todavia, os processos de orientação de estudantes revestem-se de grande complexidade pois existem múltiplas variáveis que podem influir neste processo.

Em estudos realizados verificou-se que existem múltiplos aspetos que influenciam a orientação de estudantes em ensino clínico. Num estudo realizado por Watson (2000), foi demonstrado que o papel de enfermeiro tutor é stressante e que necessita de apoio para que possa ser realizado com sucesso. A gestão dos vários papéis pelo enfermeiro tutor nem sempre é fácil e exige apoio dos outros elementos da equipa de enfermagem e das instituições de saúde. Bewley (1995 cit. por Watson, 2000) concluiu que os tutores se sentem mal preparados e que tal pode estar relacionado com a falta de apoio para o desempenho do papel. Dixe (2007, cit. por Cunha *et al*, 2010) refere que os enfermeiros tutores admitem sentir dificuldades no desempenho das suas funções no que diz respeito à orientação de estudantes por falta de conhecimento do papel, bem como dos conhecimentos lecionados na escola. Referem, ainda, dificuldades nos objetivos de estágio e aplicação das grelhas de avaliação.

Ao longo da experiência pessoal como enfermeira tutora e nas discussões informais com os colegas acerca da orientação de estudantes em ensino clínico, deparamo-nos com inúmeras questões e até dificuldades no desempenho do papel de enfermeiro tutor.

Assim, no âmbito do trabalho de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem decidimos realizar uma investigação que vise compreender os fatores que influenciam a supervisão de estudantes em ensino clínico, na ótica do enfermeiro tutor. Logo, foram delineados como objetivos:

- Compreender a dinâmica de supervisão de estudantes em ensino clínico na formação inicial em enfermagem;
- Identificar os fatores que influenciam a supervisão, na perspetiva do enfermeiro tutor;

Desenvolvemos, por isso, um estudo qualitativo, exploratório, descritivo. Como instrumento de colheita de dados recorreremos à entrevista semiestruturada. Os participantes do estudo foram 10 enfermeiros que exerciam funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e que estavam a realizar a sua formação pós-graduada na Escola Superior de Enfermagem do Porto e que orientavam estudantes desta instituição de ensino. Para tratamento dos dados recorreremos à análise de conteúdo.

Este trabalho está organizado em quatro partes. Depois de uma nota introdutória ao tema, segue-se o enquadramento metodológico onde iremos esclarecer o carácter do estudo e as opções metodológicas. De seguida, num outro capítulo, iremos proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados da investigação efetuada, começando por fazer a caracterização sociodemográfica dos participantes e posteriormente apresentamos cada uma das categorias que emergiram da análise de conteúdo, refletindo sobre elas e integrando referenciais teóricos da temática em estudo. Por último apresentaremos as conclusões finais sobre a investigação efetuada.

1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação é essencial para o desenvolvimento de uma disciplina. Neste capítulo iremos expor as opções e o percurso metodológico que efetuamos. Refletindo sobre as diferenças entre metodologia quantitativa e qualitativa; a pergunta de partida os objetivos e finalidade do estudo; o instrumento de colheita de dados e os participantes; o tratamento dos dados e os procedimentos éticos.

Toda a investigação deve ter em conta alguns princípios estáveis e semelhantes, ainda assim, existem várias formas de se chegar ao conhecimento científico. *“Um procedimento é uma forma de progredir em direção a um objetivo. Expor o procedimento científico consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação. Os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados”* (Quivy e Campenhoudt, 2005, p. 25).

A definição da metodologia de um trabalho de investigação é, portanto, uma parte fundamental. Deverá ser rigorosa, sistemática e flexível (Fortin, 2009). A escolha poderá incidir no domínio da metodologia quantitativa ou metodologia qualitativa, dependendo do caráter epistemológico que as sustentam.

As metodologias quantitativas baseiam-se nas teorias positivistas, sendo dado realce à colheita de dados objetiva, havendo neutralidade e independência do investigador na pesquisa que está a realizar. O conceito da metodologia qualitativa surgiu depois de 1970, pois até essa altura as metodologias eram exclusivamente quantitativas. (Praia, 1990, cit por Carvalho, 1996). O método qualitativo procura mais a compreensão do que a

explicação de certos fenómenos e está relacionado com uma visão do ser humano como um todo tem por base a corrente naturalista. A sua origem está nas ciências sociais e humanas, como a antropologia, a sociologia e a psicologia, tendo uma intenção de compreensão e interpretação da realidade (Fortin, 2009).

Também Streubert e Carpenter (2011) referem que o recurso à metodologia qualitativa surgiu primeiramente pelos valores, cultura e relacionamentos humanos não serem passíveis de descrição e análise através de métodos de investigação quantitativa.

Os mesmos autores referenciam Krasner (2000) dizendo que é feito um apelo aos enfermeiros no sentido de enfatizar a importância da metodologia qualitativa para descrever e interpretar fenómenos humanos complexos, os quais não são facilmente quantificáveis. O reconhecimento de que a realidade é dinâmica torna-se essencial para um investigador qualitativo.

Importa, ainda, referir que os resultados de um trabalho qualitativo deverão ter sempre em conta o contexto em que este foi realizado (Carvalho, 1996).

Bogdan e Biklen (1994 cit. por Dias, 2010), referem que a investigação qualitativa possui cinco características que, quase sempre, estão presentes neste tipo de estudos:

- Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural;
- A investigação qualitativa é descritiva;
- Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- O investigador qualitativo tende a analisar os seus dados de forma indutiva;
- O significado é de vital importância na abordagem qualitativa.

Salientamos, ainda, que *“refletir no processo de investigação e tentar compreender como os seus próprios valores e pontos de vista podem influenciar os resultados aumenta a credibilidade da investigação e deve fazer parte de qualquer método de investigação qualitativa”* (Jootun, MaGhee e Marland, 2009, p.42, cit.por Streubert e Carpenter, 2011, p. 36).

Portanto, a escolha da metodologia a utilizar está intrinsecamente ligada ao problema que se pretende investigar e à orientação que o investigador pretende dar ao trabalho levando em consideração os objetivos formulados (Fortin, 2009).

1.1. Pergunta de Partida, Objetivos e Finalidade

O ensino clínico na formação inicial em enfermagem é crucial no processo de aprendizagem dos estudantes pois é neste contexto que percebem as diferenças entre a teoria exposta e a realidade da prática clínica. Enquanto período de integração, de mobilização de saberes adquiridos e construídos (Carvalho, 2004) deve ser acompanhado simultaneamente quer por docentes, quer por tutores (Abreu, 2003).

Ao enfermeiro tutor exige-se que evidencie competências pessoais, profissionais e pedagógicas que potencializem o sucesso do estudante através de um processo supervisivo adequado. Para Dracup e Bryan (2004, cit. por Abreu, 2007 p. 233): *“o tutor, mais do que ensinar a desenvolver capacidades técnicas, promove a prática reflexiva, facilita a aprendizagem de novas experiências, ajuda os estudantes na tomada de decisões, ensina a trabalhar em equipa, proporciona novos desafios e oportunidades”*. No entanto, o desempenho deste papel em simultâneo com a prestação de cuidados poderá não ser fácil, não só pelas exigências inerentes ao desempenho de papel do tutor mas também pelas condições que a instituição de saúde e a de ensino proporcionam ao profissional. Vários estudos referem o carácter particularmente complexo da orientação e avaliação dos estudantes (Simões, 2004), da falta de comunicação (Borges, 2010) e formação na área de supervisão clínica em enfermagem (Borges, 2010; Pinto, 2011; Myall, Levett-Jones e Lathlean, 2008).

De facto ao longo da experiência pessoal como enfermeira tutora e nas discussões informais com os colegas acerca da orientação de estudantes em ensino clínico, deparamo-nos com inúmeras questões e até dificuldades no desempenho do papel de enfermeiro tutor.

Por tudo o exposto, pensamos ser importante perceber melhor as dinâmicas da supervisão de estudantes em ensino clínico e o que pode influenciar a orientação de estudantes em ensino clínico. De entre os vários atores implicados no acompanhamento de estudantes em ensino clínico (estudante, tutor e docente) focamos o tutor pois na pesquisa

bibliográfica efetuada recolhemos menos informação acerca dos fatores que influenciam a supervisão de estudantes em ensino clínico na ótica deste profissional.

Portanto, pelo cariz da problemática que pretendemos investigar, tornou-se claro que deveríamos enveredar por um estudo qualitativo exploratório, descritivo e transversal. Efetivamente, o objetivo era compreender e caraterizar o fenómeno, daí o uso de um estudo do tipo descritivo (Fortin, 2009). Como a colheita de dados ocorreu num único momento, o estudo é classificado de transversal, tal como refere Coutinho (2011, p. 37 cit. por Rocha, 2014, p. 25) *“a investigação é transversal se estuda um aspeto do sujeito num dado momento.”*

Definimos, por isso, a seguinte pergunta: Quais os fatores que influenciam a supervisão dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico na perspetiva do enfermeiro tutor.

A pergunta de partida deve exprimir o mais exatamente possível o que o investigador procura saber, compreender melhor. Esta deve ser, segundo Quivy e Campenhoudt (2005), clara, exequível e pertinente, servindo de guia para o desenvolvimento do estudo.

Num trabalho de investigação os objetivos devem referir, com clareza, o fim que o investigador segue (Fortin, 2009).

Foram, assim, delineados nesta investigação os seguintes objetivos:

- Compreender a dinâmica de supervisão de estudantes em ensino clínico na formação inicial em enfermagem;
- Identificar os fatores que influenciam o processo supervisoivo, na perspetiva do enfermeiro tutor;

O estudo que pretendemos desenvolver teve como finalidade contribuir para a melhoria contínua da qualidade da supervisão dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico através do conhecimento e compreensão dos fatores que influenciam a sua supervisão de estudantes em ensino clínico bem como o desempenho do papel do enfermeiro tutor.

1.2. Instrumento de Colheita de Dados e Participantes

Depois de definidos os objetivos é altura de selecionar o método de colheita de dados. Este deve ser eleito pensando na melhor forma de responder à pergunta de partida e aos objetivos enunciados. *“Cada investigador necessitará de determinar, de acordo com a pergunta formulada, da abordagem de investigação selecionada, da sensibilidade do assunto e da disponibilidade dos recursos, que métodos de colheita de dados são mais adequados.”* (Streubert e Carpenter ,2011, p.36).

Um método muito utilizado em investigação qualitativa é a entrevista, permite ao investigador contacto direto com os participantes do estudo, possibilitando o acesso a um vasto leque de dados (Quivy e Campenhoudt, 2005) e permite ao investigador a compreensão e a atribuição de significado do assunto em análise (Fortin, 2009). É um método particular de comunicação verbal estabelecida entre o investigador e o participante com o objetivo de colher dados que respondam às questões de investigação. É um processo planificado, um instrumento de observação que exige uma grande disciplina de quem o executa.

A entrevista pode ser estruturada, semiestruturada ou não estruturada. A mais utilizada é a semiestruturada, nesta o participante do estudo pode falar livremente, acerca da problemática em estudo, sendo apenas conduzidas as perguntas pelo investigador, tendo este por base um guião. Assim, tornou-se claro, que a melhor maneira de auscultar as opiniões e perceções dos enfermeiros tutores seria por meio de entrevista semiestruturada.

Foi elaborado um guião de entrevista tendo por base a revisão da literatura centrada na orientação de estudantes em ensino clínico bem como sobre os fatores que influenciam a sua orientação neste contexto. Foi dividido em três blocos temáticos que se relacionam com a dimensão organizacional, interpessoal e cognitiva da supervisão de estudante em ensino clínico.

Este instrumento, que se encontra no anexo 1, foi testado através de uma entrevista teste, tal como é defendido pela literatura, para que o instrumento de colheita de dados seja validado (Polit, Beck e Hungler, 2004). Assim, a entrevista teste foi realizada em dezembro de 2013 e posteriormente foi transcrita na íntegra e analisadas as perguntas e a postura do investigador, bem como os conteúdos das respostas. Pretendeu-se com esta etapa aferir o conteúdo do guião e a forma de apresentar as perguntas por parte do investigador. Depois de analisada a entrevista teste foi necessário o investigador adotar uma linguagem mais clara na realização das questões no sentido de as tornar de mais fácil resposta.

Tratando-se de uma investigação de cariz qualitativo, os participantes foram selecionados de forma não aleatória e de acordo com características relevantes para a investigação. O número de participante é, normalmente, pequeno (Fortin, 2009). Neste contexto, definimos que os participantes seriam enfermeiros, que orientavam estudantes do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto e que exerciam funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e que estavam a fazer formação pós-graduada nesta instituição de ensino. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros que exerciam funções no Hospital Pedro Hispano e nos Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e as entrevistas foram realizadas entre janeiro e maio de 2014.

Escolhemos esta instituição de saúde não só por exercer funções nela, mas também porque na Unidade Local de Saúde de Matosinhos é praticado o modelo partilhado de acompanhamento de estudantes, ou seja, a responsabilidade de acompanhamento do estudante ao longo do ensino clínico é realizada em parceria entre o enfermeiro tutor e o docente. O modelo partilhado, embora já em uso há alguns anos, é defendido como o mais adequado para orientação de estudante em ensino clínico (Carvalho, 2003), encontra ainda algumas debilidades tal como é referido na literatura (Franco, 2000; Simões, 2004; Borges, 2010).

1.3. Tratamento dos Dados

A fase de tratamento dos dados é de suma importância. Depois de realizadas as entrevistas, o seu conteúdo foi transcrito na íntegra para posterior análise. “(...) inquestionavelmente, a análise dos dados é a fase mais complexa e misteriosa do projeto qualitativo” Thorne (2000, p. 68 cit. por Streubert e Carpenter, 2011, p. 47). Esta fase permite ao investigador a atribuição de significado à informação que recolheu (Pinheiro, 2012).

Os dados foram analisados, com recurso a análise do conteúdo segundo Bardin (2011).

Pode-se considerar que a análise de conteúdo oscila entre a rigorosa objetividade e a fértil subjetividade (Bardin, 2011), porque a análise da informação, permite ao investigador a organização dos dados obtidos de forma sistemática, para aumentar a compreensão do fenómeno estudado e facilitar a comunicação das principais conclusões daí resultantes. Assim, segundo Vala (1986, p.104 cit. por Pinheiro, 2012, p.34) a análise de conteúdo consiste na “(...) *desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação*”

A análise implica que a informação seja trabalhada, organizada e dividida em unidades manipuláveis, deverá ser feita uma síntese com vista à descoberta de aspetos importantes do que deve ser apreendido e do que deve ser transmitido aos outros (Bogdan e Biklen, 1994 cit. por Dias, 2010).

Foi feita uma primeira leitura flutuante da transcrição das entrevistas que, segundo Bardin (2011), é o primeiro contacto que se estabelece com a informação com o propósito de compreendermos e identificarmos as principais áreas ou temas a serem abordados.

Seguidamente foram feitas leituras exaustivas com vista a categorizar o conteúdo da investigação. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso

da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns desses elementos” (Bardin 2011, p.145).

Os critérios de categorização podem ser semânticos, sintáticos, lexicais e expressivos. Um conjunto de boas categorias devem ser exclusivas, pertinentes, homogêneas, produtivas, objetivas e fiéis. Deste modo, foram realizados quadros de categorias, subcategorias e unidades de registo, as quais são pequenos trechos das entrevistas que ilustram as categorias ou subcategorias (Bardin, 2011).

1.4. Procedimentos Éticos

A ética é a arte de dirigir a conduta dos seres humanos. Implícitos a esta foram desenvolvidos preceitos e leis que advêm de um sistema de valores com vista à orientação dos julgamentos, atitudes e os comportamentos das pessoas, dos grupos e das sociedades (Fortin, 2009).

A investigação científica tem como finalidade a busca da verdade com rigor, isenção, persistência e humildade, o que implica grande responsabilidade ética por parte do investigador (Polit & Beck, 2011). Assim, podemos dizer que a investigação ligada a seres humanos encerra em si procedimentos que visam a proteção dos direitos e liberdades de cada pessoa.

Fortin (2009) refere que na investigação em ciências sociais devemos ter grande atenção às questões éticas, uma vez que implicam a participação de seres humanos. Em cada uma das etapas tais como escolha da temática, formalização do pedido de autorização às instituições competentes, recrutamento dos participantes, procedimento de recolha de dados, interpretação e sua divulgação, não pode ser negligenciado o respeito pelos códigos de ética. Neste sentido, foi solicitado pedido de autorização à Escola Superior de Enfermagem do Porto para realização de entrevistas aos estudantes do ensino pós-graduado (Anexo 2).

Nos últimos anos a investigação em enfermagem tem tido um grande desenvolvimento, os estudos deixaram de ter apenas um carácter tão académico e

procuram encontrar soluções para problemáticas da prática (Polit & Beck, 2011). Nesse sentido, há que ter uma grande preocupação com os padrões éticos, respeitando os direitos da pessoa.

Foram, assim, determinados pelos códigos de ética cinco princípios fundamentais:

- Direito à autodeterminação;
- Direito à intimidade;
- Direito ao anonimato e confidencialidade;
- Direito contra o desconforto e prejuízo;
- Direito ao tratamento justo e leal.

(Fortin, 2009)

Para dar resposta aos princípios acima elencados foi entregue a cada participante, antes da realização das entrevistas o consentimento informado (anexo 3). Foi, também, explicado a cada participante o propósito e a intenção do estudo, ou seja, os seus objetivos e solicitada a autorização do participante, bem como esclarecido o seu direito de desistir da participação no estudo a qualquer momento, se assim o entendessem.

A confidencialidade e o anonimato foram mantidos ao longo de toda a investigação e, por isso, cada entrevistado foi classificado com a designação de E1 a E10.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo faremos a caracterização sociodemográfica dos participantes e, posteriormente, será realizada a apresentação dos dados, a análise e discussão das entrevistas.

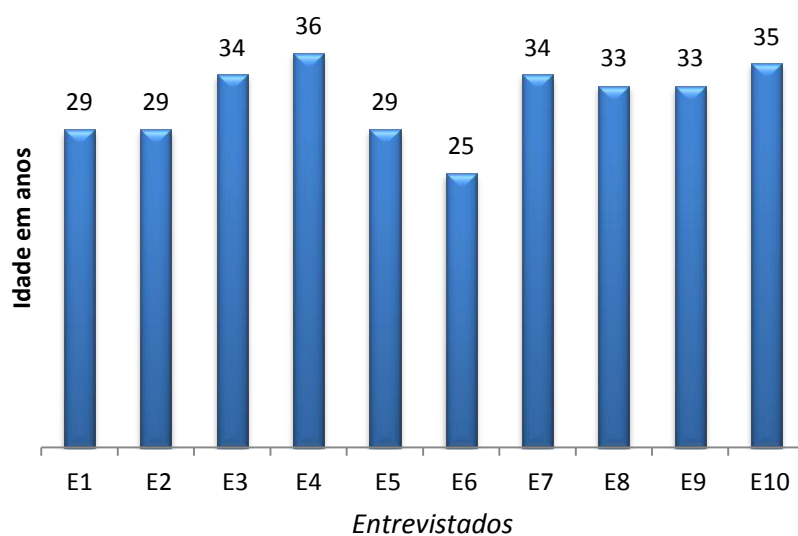
Estará organizado em subcapítulos que adotam a mesma designação das categorias que emergiram da análise de conteúdo efetuada tais como: planeamento do ensino clínico, competências do enfermeiro tutor, conteúdos da aprendizagem, relação pedagógica e avaliação da aprendizagem. Cada um dos subcapítulos terá uma pequena introdução teórica relacionada com a temática, segue-se a apresentação da categoria e das subcategorias que emergiram da análise e posteriormente as unidades de registo ilustrativas de cada subcategoria e reflexão sobre as mesmas sustentadas em referenciais teóricos.

2.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Para uma melhor compreensão e interpretação dos resultados obtidos no estudo, torna-se importante realizarmos a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Dos 10 participantes no estudo que desenvolvemos, estes tinham idades compreendidas entre os 25 e os 36 anos, sendo a média de idade de 31,7 anos como está ilustrado no gráfico 1.

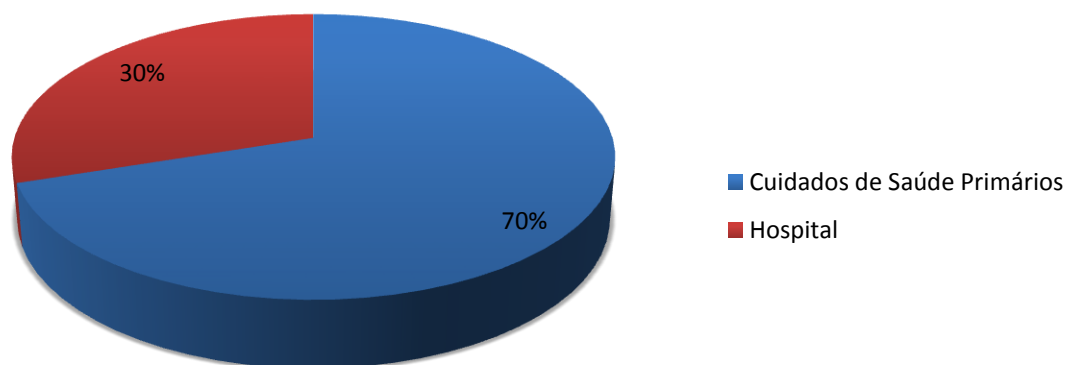
Gráfico 1 – Idade dos enfermeiros



No que diz respeito ao género, 9 dos entrevistados eram mulheres e um é homem.

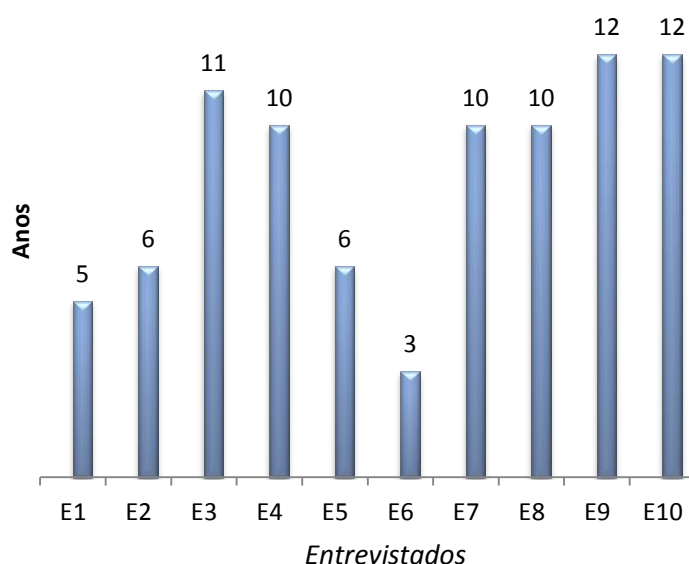
No que se refere ao serviço onde exerciam funções, 7 dos entrevistados trabalham em cuidados de saúde primários e 3 em contexto hospitalar, tal como está representado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Contexto onde os enfermeiros exerciam funções



A experiência profissional variava entre três e doze anos, sendo a média de 8,5 anos, tal como se representa no gráfico 3.

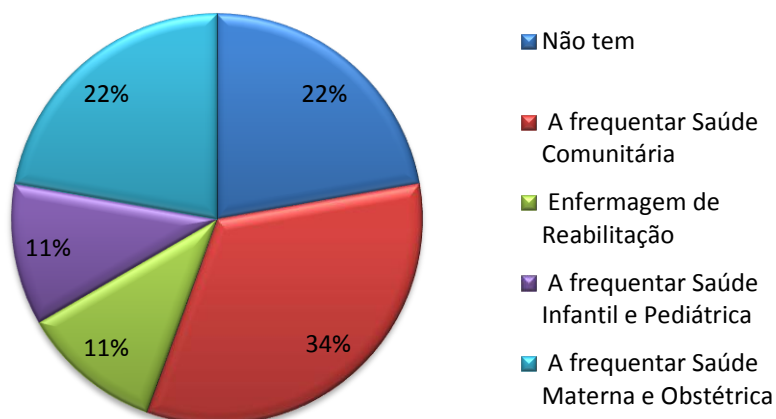
Gráfico 3 – Experiência profissional dos enfermeiros



Todos os participantes do estudo têm como categoria profissional enfermeiro e todos têm o grau académico de licenciatura.

No que se refere à especialização, um dos entrevistados era especialista em enfermagem de reabilitação e encontrava-se a frequentar o curso de mestrado na mesma área, quatro estavam no percurso de especialização em enfermagem comunitária, dois frequentavam a especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, um de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tal como está ilustrado no gráfico 4.

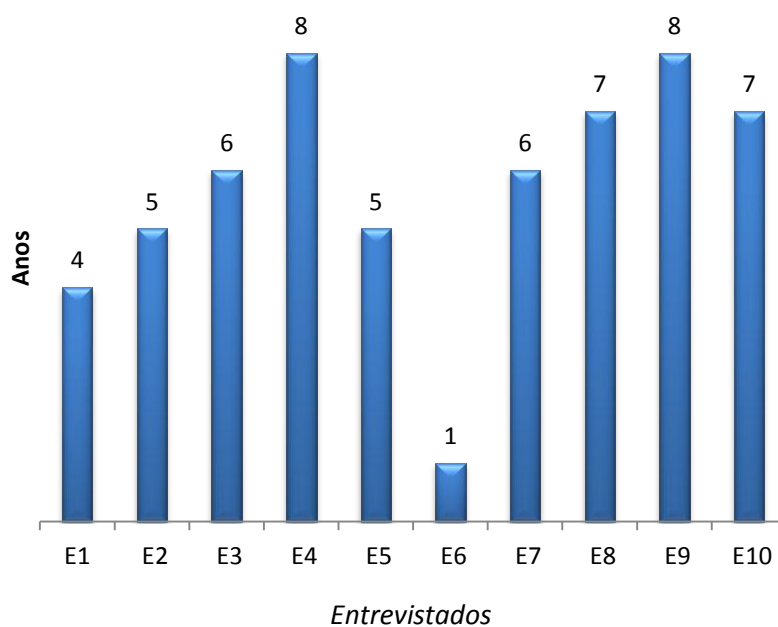
Gráfico 4 - Especialização dos enfermeiros



De referir, ainda, que um dos participantes estava a frequentar o curso de mestrado de direção e chefia dos serviços de enfermagem e um a frequentar o curso de mestrado em supervisão clínica em enfermagem.

Quanto à experiência como enfermeiro tutor, esta variava entre um e oito anos, sendo a média de 5,7 anos, tal como se representa no gráfico 5.

Gráfico 5 – Experiência como enfermeiro tutor



Todos os entrevistados tinham a frequência da unidade curricular em introdução à supervisão clínica em enfermagem, não tendo mais formação nesta área com exceção de E2 que tinha pós-graduação em supervisão clínica em enfermagem e de E1 que estava a frequentar o mestrado nesta área.

Depois de feita a caracterização sociodemográfica dos participantes, iremos proceder à análise e discussão dos dados.

2.2. Planeamento do Ensino Clínico

O ensino clínico é uma parte essencial da formação em enfermagem e representa pelo menos metade da carga horária do curso de licenciatura em enfermagem.

Carvalho (2003) considera ensino clínico como o ensino que é realizado próximo do utente ou conjunto de utentes e que é fundamental para a formação do estudante de enfermagem. Para a autora a formação neste âmbito é “ (...) *uma mistura de arte e ciência: arte, no sentido de se tratar de uma atividade que se exerce com criatividade/ interpretação prévias; e ciência, por se fundamentar num corpo de conhecimentos sistematicamente derivados e convertidos em princípios que o guiam*” (Carvalho, 2003, p.25).

Os conhecimentos adquiridos na escola permitem o desenvolvimento de competências e a criação de autoconfiança necessárias à prestação de cuidados. É no ensino clínico que o estudante irá sedimentar e adquirir novos conhecimentos, permitindo a construção de saberes no contexto onde estes devem ser aplicados. Uma vez que a formação em enfermagem envolve atitudes e comportamentos complexos que só se tornam possíveis de perceber e interiorizar em situações reais é através do ensino clínico que os estudantes interiorizam como mobilizar e transferir conceitos abstratos para situações concretas e específicas pelo que este surge como um momento por excelência para a aquisição de aprendizagens ligadas à profissão, para consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas. A aprendizagem do estudante centra-se no ensino clínico, pois é na interação teoria prática que se constrói o conhecimento, podendo as teorias ser produzidas a partir das práticas (Carvalho, 2003).

De facto, a formação em enfermagem teve, desde sempre, um forte cariz prático, grande parte das competências em enfermagem são adquiridas neste contexto (Simões 2004). Torna-se, desta forma, essencial que os estudantes desenvolvam a sua formação em contexto clínico, uma vez que a prática clínica é por excelência o local onde se mobilizam os saberes adquiridos na instituição de ensino (Simões, 2004).

Também, Martin (1991, cit. por Simões, 2004) defende que os ensinamentos clínicos são um local de suma importância para a formação do estudante e identificou-lhes três características que o tornam tão particular: permitem um ensino individualizado; existe contacto privilegiado pessoa a pessoa; a relação teoria/prática é trabalhada momento a momento. Longarito (2002, p. 27) refere-se ao ensino clínico *“(...)como sendo um espaço de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais e crítico reflexivas, mas simultaneamente, constitui-se em fonte de dificuldades e promotor de sentimentos de insegurança e stress nos formandos.”*

Para além de tudo, o contexto da prática clínica tem um valor indiscutível para o ensino e aprendizagem e é um ambiente propício à obtenção de conhecimentos, hábitos e transmite valores, ajudando na construção da identidade profissional (Andrade, 2005 cit. por Borges, 2010). Abreu (2003) defende que o contexto clínico é o espaço de eleição que ultrapassa a aplicação de conhecimentos e se encontra a um nível mais complexo da procura da identidade profissional e busca coletiva pela qualidade.

Uma fase muito importante na organização de um ensino clínico é a sua preparação. Da investigação efetuada emergiu a categoria planeamento do ensino clínico da qual fazem parte as subcategorias guia de estágio, plano de estudos, seleção do enfermeiro tutor, distribuição dos estudantes e modelo de acompanhamento em ensino clínico, e que estão representadas no quadro 1.

Quadro 1 - Planeamento do Ensino Clínico

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Planeamento do Ensino Clínico	Guia de estágio
	Plano de estudos
	Seleção Enfermeiro Tutor
	Distribuição dos estudantes
	Modelo de Acompanhamento em Ensino Clínico

Guia de estágio

O guia de estágio da ESEP é um documento, entregue no início de cada ensino clínico ao enfermeiro tutor e que tem informações acerca dos objetivos do estágio, da sua calendarização, contactos dos docentes responsáveis pela unidade curricular e tem como anexo o instrumento de avaliação do ensino clínico (ESEP, 2013).

Acerca desta ferramenta os entrevistados referiram:

“O guia contextualiza o estágio (...) fazem um pequena abordagem aos objetivos que os alunos deverão atingir e também tem o cronograma e as folhas de avaliação”E1;

“O guia de estágio tem local de estágio, professor orientador, aspetos a ter em conta e a serem avaliados durante o Ensino Clínico”E2;

“Temos um guia que vem da escola e que nos faz a orientação. Tem o cronograma, os objetivos para atingir e não me lembro de mais coisas...”E4.

“No guia de estágio sei que tem os objetivos deles, provavelmente a carga horária, mas não o leio” E10.

O guia de estágio pretende ser um instrumento que ajude o enfermeiro tutor a contextualizar o estágio e a perceber, de forma mais estruturada, os objetivos gerais do mesmo e a forma como este se organiza. Deve ser uma ferramenta que ajuda o enfermeiro tutor a orientar o estudante no seu percurso naquele momento específico do curso.

No entanto, alguns enfermeiros tutores entrevistados não utilizavam este recurso para a orientação dos estudantes, pois referiram:

“Acho que me encontrou um lapso (...) fala sobre as normas de apresentação dos alunos e olhe não lhe sei dizer mais” E6;

“Não tenho presente as informações que constam no guia de estágio” E9;

Tal facto poder-se-á dever à falta de divulgação deste instrumento e à forma como este chega às mãos de enfermeiro tutor.

De facto, os enfermeiros tutores não revelaram muita informação acerca do guia de estágio, ou seja, de uma maneira geral, os enfermeiros tutor limitaram-se a referir informações que estão relacionadas com a duração do estágio e às habilidades que o estudante deve desenvolver ao longo do mesmo.

Serra (2007) leva-nos, precisamente a refletir neste sentido ao citar D'Èspiney (1997) dizendo que as práticas clínicas são preparadas baseando-se numa reunião entre os docentes e os enfermeiros chefe dos serviços sendo facultadas, nessa altura, as informações que o docente entende como necessárias. Os enfermeiros da prática clínica não participam nessa reunião e de forma geral não conhecem muito das orientações dos estágios. Também Simões (2004) refere que a preparação dos ensinamentos clínicos é normalmente realizada através de uma reunião entre os docentes e os enfermeiros chefe e onde são apresentados os objetivos, a fase do curso, o tempo, duração e forma de organização prevista e são discutidas as condições logísticas necessárias ao desenrolar do ensino clínico. Nesta reunião os enfermeiros do serviço não participam.

Plano de estudos

O plano de estudos visa preparar e orientar o estudante no seu percurso e na construção da sua identidade profissional e pessoal.

Ao longo dos últimos anos os paradigmas de ensino aprendizagem foram alterados, o que levou à alteração curricular. Correia (2004) refere que a revolução dos currículos de enfermagem tratou de transformar um currículo que primava pela racionalidade técnica num modelo inspirado numa fundamentação humanista e crítica, tendo como vetor

conceitual o pluralismo teórico e é centrado no cuidar onde é enfatizada a relação professor-aluno.

O plano de estudos de qualquer curso deve ser delineado com o intuito de favorecer o desenvolvimento do estudante, orientando-se por premissas fundamentais da educação atual, tal como nos refere Carvalho (1996, p. 48) “orientar para a liberdade e para a autonomia, para o desenvolvimento e para a democracia, para a solidariedade e para a mudança.” No caso específico do curso de enfermagem as finalidades devem estar centradas na formação do profissional tendo em conta a vertente humana e científica. Atualmente, a vertente do “saber-fazer” orienta-se mais para o “saber”, “saber ser” e “saber estar”, o que levou a alterações nos planos de estudos.

Presentemente, o sistema de formação em enfermagem é entendido como correspondendo a um conjunto de disciplinas, que fazem parte do plano curricular, e que apontam no sentido de aquisição e desenvolvimento de conhecimento científico, técnico, de capacidades, valores e atitudes para um saber profissional necessário ao desempenho das funções de enfermeiro (Mestrinho, 2012). É incentivada, nas conceções atuais do currículo, a filosofia humanista centrada na formação ao longo da vida, em detrimento da visão economicista do conhecimento (Esteves, 2007 cit. por Mestrinho, 2012). Deve ser promovida a articulação de saberes através da interdisciplinaridade para uma melhor compreensão da complexidade do real com recurso ao questionamento das situações e resolução de problemas. Dá-se ênfase à autorreflexão, autoformação e ao pensamento crítico (Martin, 1991; Clare, 1993; Saussez, 2009 cit. por Mestrinho, 2012) a que corresponde à promoção de uma atividade mais autónoma do estudante (Ferry, 1983; Malglaive, 1994 cit. por Mestrinho, 2012).

O plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto tem como objetivos que o estudante desenvolva atividades de forma a:

- *“Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem gerais à pessoa saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção;*
- *Participar como elemento ativo da equipa multidisciplinar de saúde no planeamento/avaliação de atividades que contribuam para o bem-estar da*

pessoa, família e comunidade, de forma a prevenir, minorar ou resolver os seus problemas de saúde;

- *Desenvolver a prática de investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral;*
- *Intervir ativamente na formação de enfermeiros e outros profissionais;*
- *Participar na gestão de serviços de saúde.”*

(ESEP, 2014)

Este está legislado no Despacho n.º 10503/2008, de 09/04, cuja última alteração foi executada no despacho nº 10748/2014 de 20 de agosto, não se verificando qualquer alteração dos objetivos do curso, a carga horário em ensino clínico manteve-se, pois, em cerca de metade da carga horária total do curso. O enquadramento do ensino clínico no curso é algo muito importante a ter em conta. Como refere Carvalho (2004), a realização do ensino clínico em momentos distintos do curso pode ter efeitos e características igualmente diferentes. No atual plano de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, os ensinos clínicos são encetados no terceiro ano, o que significa que os estudantes já tiveram todas as componentes teóricas e respetivas práticas em contexto laboratorial antes da frequência de qualquer ensino clínico.

Alguns participantes do estudo consideraram que o plano de estudos deveria ser alterado:

“Eu acho que o que devia mudar (...) é o erro de ter o estágio no último ano. (...) Devia ser à medida que aprenderam.”E10;

“Eles só têm o primeiro estágio ao terceiro ano, o que se calhar deveriam ter desde o primeiro ano contacto com a realidade”E4.

Outros participantes consideram esta forma de organização do curso adequada:

“Faz-me algum sentido o plano de estudos desta forma senão cairíamos no risco de desenvolverem o trabalho à tarefa”E2.

A conceção de ensino aprendizagem tem vindo a alternar-se ao longo dos anos e temos passado para um novo paradigma de formação cognitivo construtivista. Neste o ensino clínico não se limita à aplicação da teoria à prática. Figueiredo (1995 cit. por Carvalho, 2004) refere que os ensinos clínicos não podem ser organizados hoje em dia como o eram anteriormente e, assim, serem encarados como um local para aplicação

prática dos conhecimentos teóricos, aquele que é denominado como o paradigma da racionalidade técnica, mas deve ser encarado como uma oportunidade singular para a construção do saber com base nos conhecimentos anteriores, partindo da situação real e recorrendo ao docente e ao enfermeiro da prática clínica para ajudar o estudante a desenvolver novos conhecimentos e atitudes.

Também Rua (2009) reflete sobre a importância da alteração dos currículos como resposta à alteração do paradigma de ensino aprendizagem os quais se devem focar na reflexão sobre as práticas, na interação com o meio e no saber agir em ambientes em constante alteração e com carácter imprevisível.

Embora o paradigma de formação atual seja marcadamente influenciado pelas teorias construtivistas, as estratégias e as modalidades de formação ainda têm uma raiz positivista, que perceciona a relação entre a teoria e a prática como se a segunda fosse a aplicação da primeira (Rebelo, 1996; Canário, 1997 cit por Carvalhal, 2003). Tal leva-nos à reflexão de que deverá haver um maior diálogo entre instituição de ensino e a instituição de saúde no sentido de enquadrar os enfermeiros da prática clínica em modelos de ensino aprendizagem mais atuais e focalizados no estudante.

De facto, a conceção de ensino aprendizagem é importante para a forma como se perspetiva a organização e a orientação de um plano curricular, pois, tal como já referimos o plano de estudos deve ter como objetivos favorecer o desenvolvimento do estudante de uma forma global e não centrada apenas na área de formação graduada.

Ao longo das últimas décadas surgiram novas formas de pensar a educação e a formação. O paradigma da educação profissionalizante, que se baseia no racionalismo técnico, deu lugar ao racionalismo crítico. Contudo, estes dois paradigmas não devem ser entendidos como opostos, embora diferentes na sua génese apresentam alguns aspetos comuns e podem complementar-se (Sá-Chaves, 2000 cit. por Rua, 2009).

Os estudantes devem ser, deste modo, colocados no centro de todo o processo de ensino aprendizagem, sendo-lhes atribuídas responsabilidades pela sua própria aprendizagem de forma a tornarem-se profissionais competentes, tal como é expectável.

Os participantes do estudo referiram, ainda, que não lhes é feita uma apresentação do plano de estudos e que tal poderia ser um contributo para a orientação de estudantes em ensino clínico, tal como está ilustrado na seguinte unidade de registo:

“Se conhecermos o percurso deles, se calhar adaptamo-nos melhor a eles (...) o plano de estudos mudou e ninguém me apresentou, portanto acho que beneficiaria disso e nós não temos se calhar o conhecimento que deveríamos ter do plano de estudo deles, porque a escola isso não nos tem mostrado (...) se calhar ajudava a entendermos melhor o porquê de algumas dificuldades e de já estarem melhor noutras partes”.E5

De facto, esta declaração corrobora tudo o que foi referido atrás. O conhecimento do plano de estudos por parte do enfermeiro tutor pode ser mais um dado importante que irá contribuir para a orientação de estudantes em ensino clínico.

Seleção do enfermeiro tutor

Da análise de conteúdo efetuada podemos afirmar que seleção do enfermeiro tutor podia ser realizada de três formas distintas.

Poderia ser aleatória, em que todos os enfermeiros do serviço orientavam estudantes. Tal como nos ilustram as unidades de registo abaixo.

“ (...) a distribuição do enfermeiro tutor é rotativa” E2;

“A escolha é feita aleatoriamente, todos os colegas orientam alunos” E4.

Outra das formas de seleção do enfermeiro tutor era a voluntária, em que este se disponibilizava a orientar os estudantes.

“A escolha é um bocadinho quem quiser (...) não é escolhido por graus académicos ou coisas desse género... é mesmo pelos Enfermeiros que sentem motivados para ” E5;

“Por norma são distribuídos por aqueles enfermeiros que estão mais disponíveis para os alunos” E9;

Por último, os participantes do estudo, referiram que outras das formas de escolha era aquela em que o enfermeiro tutor era designado pelo enfermeiro chefe.

“Os critérios de escolha do enfermeiro tutor passam pela enfermeira chefe” E3;

“A escolha tem a ver com quem a coordenadora entende que deve ficar com alunos” E8.

Num estudo desenvolvido por Dias (2010) que se centrava na intervenção do tutor na supervisão clínica de estudantes, concluiu-se que os enfermeiros tutores consideram que o enfermeiro chefe será a pessoa mais adequada para a escolha do tutor uma vez que é quem melhor conhece o percurso profissional do enfermeiro. A escola parece não ter influência na seleção.

Muito se tem discutido da seleção do enfermeiro tutor. Andrew e Chilton (2000 cit. por Serra, 2013) consideram que há muito ainda por explicar acerca da forma como os supervisores da prática clínica são escolhidos, sabe-se que muitos não o são por opção própria, mas sim por se considerar que é algo que está inerente às suas funções ou por se pressupor que são competentes e têm interesse nesse papel. Por este motivo os supervisores deverão ter formação estruturada e assente em princípios científicos e não deixada ao *“acaso do jeito ou da vocação, (...) e muito menos pode ser atribuída como simples tarefa, administrativamente atribuída pela hierárquica funcional”* (Rodrigues, 2007, p. 89 cit. por Serra, 2013, p. 87).

Independentemente dos métodos usados para a escolha do enfermeiro tutor, todos eles deverão ser realizados de forma ponderada, é, assim, defendido que estes profissionais deverão ter desenvolvidas competências pedagógicas, para que em conjunto com os docentes, orientem os estudantes *“ de uma forma mais segura, fundamentada e sistemática (...) com uma maior disponibilidade pessoal e profissional”* (Carvalho, 2003, p. 178).

Também Abreu (2007) defende que esta escolha deve ser criteriosa e até admite, sustentando-se em Doll (1994) e Butterworth e Faugier (1994), que o estudante possa escolher o enfermeiro tutor. Contudo, tratando-se de estudante da formação inicial tal poderá não ser exequível uma vez que não possuem conhecimentos e referências para essa escolha. Esta tarefa deve ficar, assim, à responsabilidade das escolas e das instituições de saúde.

Para a seleção do enfermeiro tutor, segundo Abreu (2007), devem existir requisitos prévios a cumprir, que, resumidamente, são:

- Cada instituição deve definir o seu próprio modelo de tutoria, de forma a entender-se o acompanhamento clínico e a relação com as escolas;
- A função do enfermeiro tutor deve ter a visibilidade necessária nos serviços de saúde;

- Cada serviço deve possuir um manual de tutoria, o qual incluirá a política da instituição neste âmbito e um conjunto de indicações precisas;
- Devem ser disponibilizados cursos específicos aos tutores para o desempenho das suas funções;
- Seria desejável que os enfermeiros tutores não fossem contabilizados no grupo de enfermeiros que desenvolvem as práticas clínicas;
- As instituições de saúde devem considerar que a sua forma de organização é formadora.

De todos os requisitos elencados acima e defendidos por Abreu (2007) como necessários ao adequado desempenho do papel de tutor, podemos afirmar que a maior parte deles não são cumpridos. Um deles prende-se com a formação. Da amostra deste estudo, apenas um dos enfermeiros tem pós-graduação em supervisão clínica em enfermagem. Todos têm a frequência da unidade curricular de introdução à supervisão clínica, contudo tal não será suficiente nem considerado como formação estruturada no processo de orientação de estudantes em ensino clínico, mas não deixa de ser um aporte teórico importante neste contexto. Os enfermeiros tutores são contabilizados nos rácios dos serviços e acresce que, para o desempenho das práticas clínicas e dada a conjuntura socioeconómica atual, este requisito será difícil de ser alcançado, tendo-se, até, assistido à diminuição do número de enfermeiros por turno, exatamente ao contrário daquilo que sereia o ideal para a orientação de estudantes neste contexto.

Distribuição dos estudantes

No que diz respeito à distribuição dos estudantes, em geral, fica alocado um estudante a cada enfermeiro tutor e todos os entrevistados referiram que não encontram benefício no acompanhamento de dois estudantes em simultâneo.

“Não concordo muito... só me aconteceu numa situação ou outra pontual, os alunos do terceiro ano necessitam de um maior acompanhamento e com dois alunos seria mais difícil de gerir” E3;

“Fica um aluno alocado a cada tutor. Não me parece exequível mais do que um aluno a cada tutor neste contexto” E5;

“Dois alunos por tutor não me parece muito positivo. Penso que será mais benéfico a dado momento haver uma troca de tutores do que haver dois alunos por tutor (...) ter dois alunos em simultâneo acaba por não facilitar o trabalho do tutor” E6.

No planeamento do ensino clínico poderá haver a necessidade de ser reestruturada a distribuição de estudantes pelos campos de estágio, tendo em conta o número de enfermeiros tutores disponíveis, pois um dos entrevistados afirmou que:

“Seria o ideal ter só um aluno, só que como no serviço o número de enfermeiros não permite que isso aconteça, acaba mesmo por ter que ser 2 alunos e geralmente conseguimos ultrapassar” E1.

Carvalho (2004, p. 72) reflete sobre este assunto e refere: *“o número de alunos em cada local é também um fator decisivo. Nos últimos anos, com o aumento de cursos e de alunos, tem-se verificado a necessidade de aumentar o número de alunos por local de realização de ensino clínico. Tem sido cada vez mais difícil encontrar locais adequados para o número de alunos desejado.”*

A gestão da distribuição de estudante por parte das escolas e dos serviços nem sempre é fácil, uma vez que o número de estudantes é elevado e os recursos muitas vezes parcos, pelo que ainda estamos longe do cenário ideal, mas da análise das entrevistas e tendo em conta que a realidade nos campos de estágio da Unidade Local de Saúde de Matosinhos é a mais próxima do desejável, pois das entrevistas realizadas em nove campos de estágio diferentes, apenas num deles ficam alocados dois estudantes a cada tutor. Contudo, sabemos que, dado o cariz deste estudo, não poderemos fazer generalizações.

Modelo de Acompanhamento em Ensino Clínico

O ensino clínico é um espaço privilegiado para a aprendizagem ligada à profissão, consolidação de conhecimentos e reflexão sobre as práticas. Tal contraria “o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual” (Carvalho, 2003, p.26). Para a sua concretização é necessário o acompanhamento do estudante neste contexto. Existem três cenários possíveis: um em que a orientação dos estudantes é da responsabilidade do docente sendo este que acompanha toda a prática clínica do estudante; outro em que a responsabilidade está centrada no enfermeiro tutor em que é

ele o responsável pela orientação do estudante durante todo o seu percurso neste contexto e o modelo em que a responsabilidade de orientação da aprendizagem do estudante em ensino clínico é partilhada entre o enfermeiro tutor e o docente.

O modelo de acompanhamento partilhado é o adotado pelos serviços que recebem estudantes da formação inicial da ESEP na ULSM.

Das entrevistas efetuadas e da sua análise emergiu a subcategoria Modelo de Acompanhamento em Ensino Clínico.

Para os entrevistados o modelo partilhado:

“ (...) é a mais adequado, sem dúvida. Porque nós aqui damos-lhe a parte prática, damos-lhes a conhecer o que é a realidade, mas tem que ter sempre uma base teórica e a professora faz essa ponte” E7;

“Parece-me que é mais enriquecedor para o estudante este modelo em que há um tutor e há um docente, porque o aluno não deixa de ser aluno e o enfermeiro tutor muitas vezes já está na sua prática há algum tempo e pode ter algum desfasamento entre a escola a prática (...) estou-me a lembrar da CIPE que está em constante evolução” E3.

No entanto encontraram-lhe algumas debilidades:

“Parece-me que este é o mais adequado, acho no entanto que poderia ser melhorado. Esta parceria entre o docente e o enfermeiro tutor muitas vezes resume-se a dois contactos ao longo do Ensino Clínico que é insuficiente.” E2;

“ (...) tem-se notado ultimamente uma maior dificuldade do professor em acompanhar os alunos, normalmente justificada pela falta de tempo (...). Penso que isso é insuficiente e acho que isso se reflete na relação que os professores têm com os tutores” E6.

De facto, o modelo de acompanhamento de estudantes partilhado, em que a responsabilidade de orientação de estudante é dividida entre o enfermeiro tutor e o docente, foi unanimemente aceite por todos os entrevistados como aquele que melhor se adequa e aquele que mais ganhos pode trazer para o desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes. Os enfermeiros tutores reconheceram a importância da presença e intervenção do docente em ensino clínico. Todavia, reconheceram, igualmente, que o seu papel enquanto orientadores na prática é fundamental e não deve ser substituído pelo docente.

Contudo, reconhecem, também, que muitas vezes a forma como este acompanhamento é desenvolvido está longe de ser o ideal.

Por tudo o exposto, torna-se claro que o acompanhamento em ensino clínico partilhado pelo docente e enfermeiro tutor será aquele que mais benefício trará para uma aprendizagem mais completa, uma vez que o docente e o enfermeiro da prática clínica colocam ao serviço da formação os saberes que melhor dominam. Deve, portando, existir uma verdadeira articulação entre os diversos atores em ensino clínico.

Vários estudos foram realizados e já muito se refletiu sobre as parcerias entre a instituição de ensino e a instituição de saúde no acompanhamento de estudantes em ensino clínico. Amendoeira (1996 cit. por Carvalho, 2003) concluiu que há necessidade de uma colaboração mais efetiva entre as duas instituições de modo a que haja concordância na orientação do estudante. A mesma autora referencia um estudo de Luz (1996) que concluiu que havia centralização na escola do processo de ensino aprendizagem e na figura do docente como orientador por excelência e que havia evolução no sentido da colaboração das duas instituições embora com dificuldades pela alternância entre a teoria e a prática.

Esta discussão foi influenciada por outro fator: a legislação que veio mudar as funções e responsabilidades dos docentes diminuindo, assim, o tempo que estes passam em ensino clínico, necessitando da colaboração dos enfermeiros da prática clínica para que assumam a função de orientação neste contexto (Franco, 2000). Assim, docente e enfermeiro da prática clínica devem ter papéis colaborativos na orientação dos estudantes. Estes dois atores complementam-se e melhoram, desta forma, a qualidade do acompanhamento em ensino clínico tanto no que concerne à orientação pedagógica como à prestação direta de cuidados (Espadinha e Reis, 1997 cit. por Franco, 2000).

Também os estudantes defendem a orientação partilhada Amador (1991 cit. por Carvalho, 2003) no seu estudo conclui que os estudantes consideravam muito importante a orientação em parceria. Estes percebem a orientação por parte dos enfermeiros da prática como mais real, mas reconhecem que os docentes são mais efetivos na interligação teoria - prática e na orientação no processo de enfermagem.

Abreu (2003) refere um estudo levado a cabo por Rajj (2000) em que este sustenta que os estudantes não recebem orientação suficiente dos seus tutores, uma vez que nem sempre os profissionais da prática clínica consideram como dever a orientação de

estudantes em ensino clínico. E, mesmo quando existe essa motivação, os serviços não dispõem de recursos suficientes para a sua efetiva concretização. O autor defende, ainda, que o apoio que os enfermeiros tutores devem dar à formação em contexto clínico deve ser realizada em complementaridade e nunca substituição, uma vez que a presença do enfermeiro da prática ao lado do docente vai permitir melhorar a qualidade da formação e a presença do docente irá funcionar como “catalisador de mudança” (Abreu, 2003, p. 52), potenciando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Todavia, apesar de ser considerada necessário e de suma importância, a definição de limites de atuação de cada um dos atores não está ainda bem definida e sobre ela ainda muito se discute. Carvalhal (2003) ao refletir sobre este assunto refere que os docentes não foram formados para a parceria com os enfermeiros tutores, nem estes para a parceria com os docentes, pelo que se torna necessário a definição dos papéis de cada um na orientação do estudante.

De facto este é um problema complexo e que merece reflexão, tal como Abreu (2007, p. 217) nos refere *“O trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção da identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade e isso exige tempo.”*

A formação e a orientação clínica de estudantes de enfermagem terão de deixar de ser vistas como um projeto da escola para passarem a ser vista como um projeto conjunto da escola-organizações de saúde, passando assim, estudantes e professores, a serem considerados parte integrante das equipas de saúde dos serviços e os enfermeiros, de igual modo, a serem vistos, como parceiros com responsabilidades na formação dos estudantes de enfermagem. Todavia, por vezes ainda se verifica falta de diálogo entre as duas entidades o que dificulta uma articulação efetiva (Figueiredo, 1995 cit. por Simões, Alarcão e Costa, 2008). Os participantes do estudo corroboraram esta ideia ao referirem:

“Teria de haver contactos mais regulares (...) Habitualmente faz-se um contacto a meio e outro no final do estágio, mas parece-me insuficiente” E2.

Nos estudos realizados por Simões (2004) e Borges (2010) que investigaram sobre as parcerias na formação dos estudantes, conclui-se que deve existir uma maior articulação entre a instituição de ensino e a instituição de saúde que passa, também por uma comunicação mais efetiva entre os intervenientes.

É notório, por tudo o exposto, que a colaboração entre docentes e enfermeiro da prática na orientação de estudantes já não deve ser questionada, pois mais do que importante a colaboração é necessária. Questionados devem ser os moldes em que esta colaboração se desenvolve, pois exigem contribuições que, embora diferentes, devem ser complementares, em que se demonstre contacto entre as escolas e os serviços de saúde pautados pela comunicação eficaz, confiança e respeito (Kikpatrick, 1991 cit. por Carvalho, 2003).

Como já referimos, as funções do docente e do enfermeiro tutor na orientação do ensino clínico são complementares. Com vista a entendermos, de forma mais sistematizada, as responsabilidades do tutor e do docente recorremos a Abreu (2003, p.53) que definiu como responsabilidades do docente:

- *“Responsabilidade global pelo estágio dos alunos;*
- *Apoio ao trabalho com os tutores;*
- *Manter uma relação pedagógica com os alunos, acompanhando e mediando aprendizagens;*
- *Colaborar em atividades de formação ou de investigação da unidade de cuidados;*
- *Conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade;*
- *Trabalhar com os alunos os objetivos da aprendizagem e a relação da formação clínica com a ministrada em sala de aula;*
- *Aprovar os objetivos operacionais elaborados para as experiências clínicas;*
- *Manter reuniões conjuntas com os alunos e tutores, com o objetivo de avaliar os progressos da aprendizagem;*
- *Constituir-se como recurso para os alunos e para os tutores;*
- *Avaliar, em permanência, a adequação entre as experiências de aprendizagem e o currículo global;*
- *Proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores;*
- *Avaliar as experiências de tutoria”.*

Por sua vez, aos enfermeiros tutores Abreu (2003, p.53) atribui as seguintes responsabilidades:

- *“Aceitar constituir-se como “modelo” para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem;*
- *Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho;*
- *Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os doentes;*
- *Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores dos alunos;*
- *Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos;*
- *Respeitar as normas e regras em vigor no serviço;*
- *Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objetivos operacionais;*
- *Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos;*
- *Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação;*
- *Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos;*
- *Facultar informação objetiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;~*
- *Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador”.*

Em suma, o ensino clínico é, realmente, um momento de ensino fundamental para a formação dos estudantes de enfermagem. Deve, portanto, ser cuidadosamente planeado para que se traduza em efetiva aprendizagem. Para tal, os dois atores deste contexto que participam na orientação do estudante (enfermeiro tutor e docente) devem concertar esforços no sentido de complementarem as suas intervenções e assim proporcionarem ao estudante momentos de aprendizagem com a mais alta qualidade.

2.3. Competências do Enfermeiro tutor

Na aprendizagem em ensino clínico a figura do enfermeiro tutor toma especial relevância, sendo-lhe atribuídas funções em diversos âmbitos para que desempenhem o seu papel em toda a sua plenitude. Segundo Carvalho (2003) é exigido aos orientadores

competências pedagógicas, competências de enfermagem e competências pessoais que se revelam fundamentais para a relação de ajuda necessária à progressão do estudante na aprendizagem. Ao refletir sobre o papel de enfermeiro tutor teremos que necessariamente o fazer pensando nas várias competências que este terá que ter desenvolvido. Para tal, consideramos ser importante, primeiro que tudo, definir competência.

O termo competência está largamente difundido. Será pouco provável hoje em dia encontrar uma proposta de formação e desenvolvimento profissional que não seja organizada em torno das competências (Zabala e Arnau, 2010).

Existem múltiplas definições de competência, mas há uma percepção geral de que se trata da *“combinação de conhecimentos, saber-fazer e comportamentos profissionais necessários para responder às situações profissionais evolutivas, estruturadas na ação e, quando em interação com outro, numa dimensão social e simbólica”* (Serrano, 2008, p.78).

Apesar das múltiplas definições de competência, há uma grande tendência para que esta seja entendida como uma construção social que se reveste de significados construídos no ambiente socio cultural (Rua, 2009; Serrano, 2008).

Numa perspetiva cognitiva construtivista e no contexto da enfermagem, Rua (2009) entende o desenvolvimento de competências como resultado da interação constante entre enfermeiro, utente e contexto, não sendo apenas o conjunto dos saberes acumulados pela prática ou pela formação, isto é, o enfermeiro desenvolve as suas competências no desenrolar da sua experiência profissional, no contacto com os outros, tendo a necessidade de gerir a imprevisibilidade e complexidade de cada situação da prática.

Alarcão (2001, p. 53, 54) define competência como *“o conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, imitações, motivos e atitudes e revela-se ao nível do desempenho adequado às circunstâncias. (...) Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na ação e na situação.”*

Existem vários trabalhos realizados nos últimos anos na área da sociologia que refletem sobre as questões da competência. Le Boterf (2003 cit. por Rua, 2009) é um destes autores e enquadra a sua perspetiva numa abordagem sistémica que caracteriza competência de uma forma global, dinâmica, integradora e contextualizada. Para Le Boterf (2003 cit. por Zabala e Arnau 2010, p. 30) *“competência é a sequência de ações que combina diversos conhecimentos, um esquema operativo transferível a uma família de*

situações (...) a competência é uma construção, o resultado de uma combinação relacionada a vários recursos (conhecimentos, redes de relação, saber fazer).”

Competência deve ser entendida de uma forma contextualizada e nunca individual, uma vez que acarreta sempre uma dimensão individual e uma dimensão coletiva. Na perspectiva da enfermagem, o profissional deve desenvolver as suas competências mobilizando os seus recursos individuais sejam eles cognitivos, relacionais, atitudinais, técnicos e mobilizando os recursos do meio na sua interação com os outros, colocando em prática regras, normas e recursos materiais. O enfermeiro deve gerir estes dois grupos de recursos, podendo, assim, fazer face à complexidade emergente dos contextos de trabalho (Serrano, 2008; Rua, 2009).

Para conseguir agir com competência é necessário, segundo Le Boterf (2003, p. 38 cit. por Rua, 2009, p. 44) *“saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos em um contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; saber envolver-se”*.

Tendo como referência o trabalho realizado por Rua (2009) e as suas reflexões sobre competência, sustentada na teoria de Le Boterf, iremos refletir sobre cada um destes saberes.

O saber agir com pertinência não se limita ao saber fazer, é ir mais além e saber agir face a situações imprevisíveis e complexas. Para tal é necessário saber interpretar as situações, extrair-lhes significado e agir de acordo. Saber agir com pertinência implica, ainda, “saber julgar”. Não existem receitas, é necessário ir mais além na interpretação e criar alguma distância do contexto, perspetivando a situação de uma forma global, por forma a antecipar os resultados e as ações que podem ser realizadas para resolver o problema (Rua, 2009).

A autora acima referida estabelece um paralelismo com a perspetiva de Patricia Benner (2001), que refletiu sobre competência em enfermagem, tendo aplicado o conceito de competência profissional quando estudou a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, através da aquisição de competências baseadas na prática clínica e no conhecimento prévio intrínseco à prática de enfermagem.

Benner (2001) classifica a evolução do enfermeiro de acordo com o perfil de competências que vai adquirindo, assim, o enfermeiro previsivelmente passa por: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Os iniciados definem-se por não ter

experiência nas situações com as quais são confrontados, seguem-se por regras que definem os seus atos e não conseguem fazer um julgamento arbitrário; os iniciados avançados têm um comportamento diferente e já se encontram num patamar em que adquiriram alguma experiência, que lhes fornece o conhecimento necessário para avaliar algumas das características dos doentes, embora ainda com dificuldades no estabelecimento de prioridades; o enfermeiro competente é aquele que aplica os conhecimentos que adquiriu e consegue planejar e organizar os cuidados, é determinado, eficiente e organizado, embora lhe falte rapidez e flexibilidade do enfermeiro que atingiu a proficiência; o proficiente consegue perceber as situações de forma geral e não em partes, pela experiência consegue identificar os acontecimentos típicos que vão suceder numa dada situação, o seu entendimento holístico permite-lhe melhorar a sua capacidade de decisão, bem como a rapidez e adequação no agir; por fim, o perito é um enfermeiro com grande experiência e com uma intuição aguçada de tal forma que pode levar os outros a pensarem que já não reflete sobre as situações, o que não corresponde à verdade, age com certezas e em concordância com a experiência que acumula, concentrando-se no essencial do problema colocando de lado o acessório.

Voltando à perspectiva de competência de Le Boterf e ao paralelismo estabelecido com Benner efetuado por Rua (2009, p.44), esta autora refere que *“o enfermeiro que sabe agir com pertinência, dialogando com a situação sem estar preso a algoritmos, a normas, a procedimentos pré estabelecidos, é um profissional que se situa num nível máximo de competência o nível de perito.”*

Contudo, segundo Le Boterf (2003), para ser profissional e competente não basta saber agir, é igualmente necessário querer e poder agir. O saber agir desenvolve-se pela formação, construindo saberes e saberes fazer pelo treino, solidificando a capacidade de mobilizar, combinar e transpor os saberes; o querer agir pode ser estimulado pelos desafios e criação de uma autoestima coerente e positiva. Por sua vez, o poder agir está limitado pela existência de contextos facilitadores que facultem os meios adequados ao desenvolvimento de competências (Rua, 2009).

Outro domínio do saber, importante para o desenvolvimento de competências segundo Le Boterf, é o saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional, ou seja, o profissionalismo advém não apenas da aquisição de conhecimentos e habilidades, mas também da capacidade de os saber adequar a cada contexto específico. No caso concreto da enfermagem, esta capacidade começa a desenvolver-se ao longo do

ensino clínico e continua ao longo de toda a prática profissional. Este saber vai-se edificando com base em três alicerces que devem estar em constante interação: a biografia e a socialização, ou seja, aquilo que é o sujeito e o contexto profissional, isto é, o local onde o enfermeiro desenvolve a sua prática e retira as experiências e a formação profissional. Da conjugação dos três domínios (alicerces) nasce o profissionalismo (Le Boterf, 2003 referenciado por Rua, 2009).

Assim, ainda Rua (2009 p. 47) refere que *“O trabalho em enfermagem passa muito por esta mobilização de saberes em rede, dado que na maioria das situações são exercidos em equipa e o processo de conhecimento ou de compreensão é orientado por sistemas de valores e de significados partilhados pelos elementos da mesma.”*

Outros dos saberes elencados por Rua (2009), sustentada em Le Boterf (2003) é o saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos, os saberes são constituídos por vários elementos, o profissional deve saber seleccioná-los e combiná-los de forma a poder utilizá-los na sua prática profissional e ir para além da replicação ou reprodução.

O saber transpor refere-se à capacidade que a pessoa demonstra em usar os saberes em diferentes contextos. Esta deriva de três fatores: a capacidade de se distanciar a analisar as situações; a riqueza das experiências e o percurso profissional e o propósito de abordar novas situações para aplicar o conhecimento já adquirido e que dominam.

Outro dos saberes é o saber aprender e aprender a aprender o qual corresponde à capacidade de extrair significado da experiência profissional, no sentido de produzir saberes os quais vão contribuir para o desenvolvimento do sujeito (Rua, 2009).

Por fim, o saber envolver-se que é fulcral ao desenvolvimento da atividade profissional de forma espontânea e não como simples executor de tarefas prescritas. Rua (2009, p. 49) salienta que este saber é fundamental para a enfermagem, uma vez que *“(...) o não envolvimento do profissional nas suas atividades reduz as mesmas a intervenções “rotineiras”, correndo o risco destas serem descontextualizadas, ou seja, não irem ao encontro das necessidades do utente e como tal desprovidas de sentido.”*

Centralizando a questão de competência no âmbito dos cuidados de enfermagem, importa referir as exigências da sociedade no sentido de obter qualidade nos cuidados de enfermagem quer seja a nível técnico, científico e ético por forma a dar resposta às suas necessidades e expectativas quer em contexto hospitalar ou de cuidados de saúde primários. A Ordem dos Enfermeiros definiu, assim, o perfil de competências do enfermeiro

de cuidados gerais, tendo em consideração o contexto português e as propostas do Conselho Internacional de Enfermagem. Sobre ele iremos refletir de forma mais aprofundada mais adiante, iremos aqui realçar uma das competências que é o domínio do desenvolvimento profissional que abarca a promoção da imagem profissional, a participação em programas de melhoria da qualidade dos cuidados, a aprendizagem ao longo da vida e a participação na formação e desenvolvimento de novos profissionais. É nesta última alínea que nos vamos debruçar. De facto, é algo que está presente no perfil de competências e que está legislado através do decreto-lei 206/ 2004 de 19 de agosto, que refere a importância da colaboração das instituições de saúde na formação de novos profissionais.

Para a formação de novos profissionais de forma estruturada torna-se necessário recorrer a processos de supervisão clínica em enfermagem.

A Supervisão Clínica em Enfermagem refere-se a um conjunto de modelos e estratégias, que incluem, entre outros, processos de *preceptorship* e *mentorship* (Butterworth e Faugier, 1992 cit por Abreu, 2007).

Na área da formação inicial, a técnica de acompanhamento dos estudantes é denominada de *mentorship*, sendo o “mentor” o profissional que supervisiona e acompanha o formando. Em Portugal o termo “mentor” é frequentemente substituído por “tutor” (Abreu, 2007). Shea (1994 cit. por Abreu, 2007) refere que “Mentoring” está relacionado com o desempenho do papel de conselheiro, em que um profissional com prestígio orienta um profissional menos qualificado para que este desenvolva as suas ideias, atitudes e práticas durante a sua aprendizagem.

No ensino de enfermagem, Abreu e Calvário (2005 cit. por Abreu, 2007 p. 215) referem que “... o tutor é um profissional que se responsabiliza por acompanhar, guiar e aconselhar os estudantes em formação.”

Várias são as definições de tutoria existentes na literatura, sendo a maior parte delas confluentes no seu significado, da obra de Abreu (2007, p. 215, 216) destacamos duas definições:

ATA (2001): “*The overall purpose of mentoring is to improve teaching and learning through successful orientation of new teachers (survival), improvement of professional practices (task), and development of the school as a learning community (professional)*”;

Anderson e Shanno (1988): *“Mentoring is a nurturing process in which a more skilled or more experienced person, serving as a role model, teaches sponsors, encourages, counsels and befriends a less skilled or less experienced person for the purpose of promoting the latter’s professional development”*.

Depois de definidos competência e enfermeiro tutor, importa refletir sobre as práticas de supervisão de enfermagem em ensino clínico e o que é exigido ao enfermeiro tutor.

Assim, Darling (1985 referenciado por Abreu, 2007, p. 237) defende que a função do tutor inclui as seguintes dimensões:

- *“As a model envisioner who gives a picture of what nursing can be, is enthusiastic about opportunities or possibilities and inspires interest.*
- *As energizer who makes nursing fascinating and is enthusiastic and dynamic.*
- *As a model the student can look up to, values and admires and may wish to emulate.*
- *As investor who spends a lot of time with the student, spots potential and capabilities, and who can hand responsibility.*
- *A supporter, who is willing to listen, is warm and caring and is available in times of need.*
- *An eye-opener who inspires interest in research and is able to facilitate understanding of wider issues, such as hospital politics and the total impact of departmental initiatives of the unit as a whole.*
- *A door-opener who includes the student in the discussions, asks the student to be a representative on committees and delegates a range of tasks to the learner.*
- *A problem solver who helps the student to figure out and try out new ideas, and who can analyse strengths and create ways to use them for the benefit of nursing.*
- *A career counselor who gives guidance and support in career planning.”*

O enfermeiro tutor deve ter, portanto, um bom desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal para que possa formar estudantes em ensino clínico. Também deverá ter capacidade para saber ajudar o estudante a gerir situações de grande carga emocional (Abreu, 2007).

Da investigação efetuada emergiu a categoria Competências do Enfermeiro Tutor, apresentada no quadro 2 e que se relaciona com competências científico-pedagógicas, competências pessoais e competências profissionais.

Quadro 2 – Competências do Enfermeiro Tutor

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Competências do Enfermeiro Tutor	Científico-pedagógicas
	Pessoais
	Profissionais

Competências científico-pedagógicas

Os participantes consideraram que:

“O enfermeiro tutor deve ter bons conhecimentos teórico-práticos” E1;

“(...) a formação, os conhecimentos que tem sobre o processo superviso (...) a capacidade que tem em perceber o aluno e em delinear em parceria, com os alunos, os objetivos” (E2);

“É importante a pessoa saber ensinar, saber orientar e saber proporcionar momentos de aprendizagem (...)” (E9);

“O enfermeiro tutor deve ser uma pessoa com domínio da matéria, com conhecimentos teórico-práticos muito sedimentados” E3.

A competência científica está relacionada com o domínio dos conteúdos relacionados com a essência da profissão e recai sobre uma área do saber, do conhecimento e interação com outras áreas. Já a competência pedagógica corresponde à capacidade para transmitir o saber e prevê que o enfermeiro tutor domine os conhecimentos, as competências científicas e os processos didáticos, bem como as tecnologias da comunicação (Dias, 2010).

Tavares (1997: 69 cit. por Dias, 2010, p. 34) defende que as *“competências pedagógicas decorrem naturalmente de competências científicas, técnico-didáticas e do*

conhecimento do desenvolvimento pessoal dos sujeitos e a qualidade da sua envolvente ecológica.”

Abreu (2007, p. 169) sistematiza as funções formativas do enfermeiro tutor referindo que este deve desenvolver as seguintes atitudes:

- *«Facilitar a interação com os pares;*
- *Promover uma identidade positiva para si (para o formando) facilitando o processo de afirmação;*
- *Ajudar o formando a definir o seu quadro de valores, com respeito pela matriz ética e deontológica para a profissão;*
- *Assumir-se como “modelo” para o aluno, através do qual se possa facilitar a adesão psicológica à profissão;*
- *Desenvolver uma atitude de justiça no que se refere à análise de experiências de aprendizagem;*
- *Apelar para o aprofundamento do domínio da linguagem profissional, com base em patamares progressivos de domínio científico e relacional;*
- *Ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica;*
- *Apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua;*
- *Detetar situações de isolamento ou de sofrimento psicológico com potencial negativo para a personalidade ou para a aprendizagem;*
- *Selecionar o grau de intervenção respeitando o princípio da autonomização e responsabilização crescentes (fazer, colaborar, aconselhar, partilhar, encorajar);*
- *Demonstrar empatia, paciência, compreensão e disponibilidade para dialogar e analisar problemas nas esferas pessoal e profissional;*
- *Identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e as correspondentes atitudes, que requerem intervenções distintas por parte do tutor».*

No que se refere às competências pedagógicas e à preparação do enfermeiro tutor para desempenhar este papel os entrevistados referiram-se à necessidade de formação estruturada nesta área, tal como as seguintes unidades de registo ilustram:

“(...) sem dúvida, acho que é isso que faz falta (...) a formação específica , a formação em tutoria e supervisão seria fundamental” E1;

“Considero necessária a formação para ser enfermeiro tutor, acho que só deveria ser tutor quem tivesse essa formação” E4;

“A formação específica constitui-se sempre como uma mais-valia, porque no fundo vai dotar o tutor com algumas capacidades e de uma maneira diferente de algumas habilidades diferentes para conseguirem que o aluno alcance determinado objetivo e ajudam também o tutor a perceber algumas características da sua personalidade enquanto tutor e perceber como lhe é mais fácil esse processo”E6;

“Desde logo a formação e os conhecimentos que tem sobre o processo supervisivo” E2.

A necessidade dos enfermeiros possuírem formação específica para o desempenho do seu papel é enfatizada por Serra (2007). Também Pinto (2011) refere que é necessário que o supervisor tenha formação na área da supervisão para o desempenho desta atividade. Borges (2010), salienta a importância da formação específica dos enfermeiros tutores. Pires (2004) menciona que tutores que tenham desenvolvidas as competências formativas estão mais habilitados a orientar os estudantes a integrarem a teoria na prática. Martin (1991, cit. por Simões, 2004) assevera a necessidade do enfermeiro tutor tenha desenvolvido conhecimentos pedagógicos.

Competências Pessoais

No que se refere às competências pessoais os participantes referiram que o enfermeiro tutor deve ser:

“ (...) Uma pessoa aberta, que em termos relacionais que se consiga relacionar bem, uma pessoa assertiva...” E3;

“Ser assertivo, estar disponível, ter tempo” E5;

“Um bom tutor deve ser uma pessoa que esteja aberta à mudança e que tenha capacidade crítica (...)” E6;

“Tem que ser uma pessoa motivada, com paciência, que é disponível, amiga, mas que ao mesmo tempo saiba impor limites (...)” E8;

“O enfermeiro tutor deve ter disponibilidade, abertura de pensamento, que reflita sobre o que faz e como faz (...) ter paciência, ser assertivo (...)” E1.

A competência pessoal está relacionada com o desenvolvimento intra e inter pessoal do enfermeiro, sendo fundamental a qualquer profissional. Esta competência tem, de facto, um cariz potenciador em relação a todas as outras competências. Para a competência pessoal convergem todas as outras, servindo-lhes de base (Dias, 2010).

É referido no estudo realizado por Simões (2004) a importância do desenvolvimento, por parte dos enfermeiros cooperantes de competências comunicacionais e de gestão de emoções. De facto, o desenvolvimento pessoal do enfermeiro é competência fundamental de qualquer profissional, uma vez que potencia todas as outras competências que o sujeito deverá fortalecer. O desenvolvimento humano e os comportamentos só adquirem verdadeiro significado quando devidamente contextualizados (Rua, 2009). *“A abordagem ecológica do desenvolvimento humano, de Urie Bronfenbrenner (1979) apresenta, como principal inovação as concepções de pessoa, de ambiente e, sobretudo, da interação entre ambos, e o reforço da tendência para se olhar simultaneamente no sentido da pessoa e para além da pessoa, isto é, para o ambiente ecológico que a rodeia, feito de contextos e de relações”* (Rua, 2009, p.118.) O enfermeiro tutor deve ter consciência de que se desenvolve e adquire competências em contacto com o meio e que este tem influência sobre ele. Não é intenção deste trabalho fazer uma apresentação extensa desta teoria, mas antes referir a importância do meio no desenvolvimento humano e a relevância que tal poderá ter sobre os intervenientes do processo supervisão.

Segundo Bronfenbrenner, ser humano e ambiente influenciam-se mutuamente, nesta teoria não é só o ambiente que atua sobre o sujeito, este também possui capacidade de agir sobre a realidade ou o contexto. *“ (...) o sujeito é encarado como um ser ativo, dinâmico e em constante interação com os diferentes contextos em que se movimenta, resultando daí o seu desenvolvimento. Por sua vez, os contextos são também eles, alvo de constantes mutações e duplamente interativos, pois para além destes estabelecerem relações de reciprocidade com os sujeitos, também estabelecem relações entre si”* (Portugal 1992, p. 37 cit. por Ferreira, 2008, p. 13). Deste modo, segundo Bronfenbrenner, existe uma

relação indissociável entre os atributos da pessoa em desenvolvimento e as características dos contextos em que está inserida (Rua, 2009).

Competências Profissionais

Por último acerca das competências profissionais, os participantes referiram:

“O enfermeiro tutor deve ser um bom enfermeiro”, E4;

“ (...) Gostar do que faz, gostar de ser enfermeiro (...) ajudar o aluno a perceber a enfermagem”, E7.

No que às competências profissionais diz respeito, podemos ancorar o nosso discurso nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Esta ordem profissional refere que o enfermeiro competente é aquele que *“(...) possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 7)

As competências do enfermeiro de cuidados gerais são divididas em três domínios: a prática profissional, ética e legal que contemplam a aceitação da responsabilidade pelos atos praticados, o exercício profissional respeitando o Código Deontológico; a prestação e gestão dos cuidados que refletem a aplicação de conhecimentos e técnicas adequadas a cada situação, a organização e gestão dos cuidados, a promoção da saúde, valorização das comunicações interpessoais, o recurso a metodologia científica e a delegação e supervisão de atividades de outros; por último o domínio do desenvolvimento profissional que abarca a promoção da imagem profissional, a participação em programas de melhoria da qualidade dos cuidados, a aprendizagem ao longo da vida e a participação na formação e desenvolvimento de novos profissionais.

O enfermeiro tutor de estudantes de formação inicial deve, assim, ser um enfermeiro que responda a todas as exigências de um enfermeiro de cuidados gerais. Deve, idealmente, situar-se no nível de perito identificado por Benner (2001).

Na investigação efetuada, os participantes, focaram-se mais nas competências científico-pedagógicas e nas competências pessoais. Tal facto poder-se-á dever à ideia de

que o enfermeiro tutor deve ser um perito da prática clínica está subentendida quando se assumem neste papel. Tal como é defendido por Rauen (1974 cit. por Carvalho, 2003), o orientador deve ser simultaneamente um perito pedagógico, perito da prática de enfermagem e capaz de estabelecer uma relação pedagógica que tenha por base uma relação de ajuda, ou seja, deve ter desenvolvidas a dimensão professor, enfermeiro e pessoa.

Com efeito, ao enfermeiro tutor são atribuídas inúmeras funções: acompanhar, conduzir, determinar, facilitar ou promover a aprendizagem. Deste e das suas atitudes depende muito da aprendizagem do estudante. Soeiro (1992, p. 27 cit. por Carvalho, 2003, p. 41) refere que há três tipos de orientadores: *“os que exercem efeitos negativos tornando o formando inseguro, passivo de desinteressado; os que nada mais provocam senão indiferença; os que acompanham o formando, para além da sua intervenção direta, ajudando a crescer e inspirando o projeto pessoal da existência”*. Para que se produza aprendizagem significativa no estudante é, por isso, necessário que o tutor desenvolva todas as suas competências.

Também, o Royal College of Nursing (2007, cit. por Serra, 2013) estabelece como elementos estruturantes do papel do enfermeiro supervisor as seguintes dimensões: o apoio adequado aos estudantes no desenvolvimento de competências e confiança em si próprios; o estabelecimento de uma relação profissional com os estudantes; acompanhamento de experiências de aprendizagem; fornecer *feedback* sincero e construtivo.

Refletindo naquilo que os estudantes esperam do papel do tutor, referimos o estudo realizado por Rauen (1974 cit. por Carvalho, 2003) o qual concluiu que os estudantes esperam que o orientador seja um modelo do papel de enfermeiro e valorizam fundamentalmente as dimensões enfermeiro e pessoa. Também Gray e Smith (2000, cit. por Carvalho, 2003) no seu estudo referem que, na opinião dos estudantes, um bom tutor é aquele que passa tempo de qualidade com o estudante, valoriza o seu contributo na prestação de cuidados aos clientes, são modelos e proporcionam *feedback*. Por sua vez, Bernardino (2007 cit. por Ferreira, 2008) acrescenta que, do tutor é esperado que este facilite e incentive a interpretação da realidade, bem como promova a integração na vida profissional e desenvolva o processo de avaliação. Importa, ainda, referir que a colaboração não deve ser no sentido de lhe dar respostas mas de ajudar o estudante a encontrar formas

alternativas de resolver os problemas, sendo a reflexão um recurso de suma importância em todo o processo (Ferreira, 2008).

O enfermeiro tutor deve, assim, promover a reflexão crítica no aprendente para que este consiga dar resposta de forma adequada e eficaz às situações com as quais se depara (Ferreira, 2008). Também Cotrell (2000 cit. por Pinto, 2011) defende que um bom supervisor deve ter desenvolvidas a perícia, a aceitabilidade, a experiência e a formação. A perícia diz respeito à confiança com que aplica os conhecimentos e atua na prática. A experiência está relacionada com as vivências na prática na sua área de especialidade. A aceitabilidade é a forma como o enfermeiro da prática é aceite pelos sujeitos que supervisiona. A formação é essencial, pois o supervisor deve possuir formação específica para desempenhar a sua atividade com maior qualidade e deve, igualmente, pautar o seu percurso profissional pela formação contínua.

Devemos, ainda, destacar que em todo o processo de acompanhamento de estudantes em ensino clínico, o estudante não é o único a retirar dividendos, a presença do estudante no contexto da prática, e o seu acompanhamento por parte do tutor, potenciam o seu crescimento pessoal e profissional. Da mesma opinião são os participantes deste trabalho de investigação ao referirem:

“ (...) nós também aprendemos imenso com eles porque trazem sempre algo novo para o serviço.” E8

Nesta linha de pensamento, Serra (2007) no estudo que desenvolveu em que procura compreender a experiência de enfermeiros supervisores de estudantes em ensino clínico, conclui que existe um forte sentimento relativamente à orientação de estudantes, qualificando-o como importante para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Kaviani e Stillwell (2000 cit. por Abreu, 2003), sustentam, ainda, que as experiências de tutoria trazem benefícios para as organizações de saúde, pois os tutores podem desempenhar outras funções importantes nos seus locais de trabalho.

Com efeito, existe uma influência mútua entre as práticas educativas e as práticas de trabalho. Num estudo realizado por Zisberg, Bar-Talk e Krulik (2003, cit. por Serra 2013) é demonstrado que na presença de estudantes um grupo de enfermeiras desenvolveu cuidados de maior qualidade, quando comparados com o seu desempenho sem a presença dos mesmos, o que levou as autoras a sugerir que na presença dos estudantes os enfermeiros centram a sua atenção no desempenho profissional, defendem, ainda, que a

presença dos estudantes determina um maior esforço de atualização por parte dos profissionais.

Em resumo podemos mencionar que a figura do enfermeiro tutor é essencial no ensino clínico. Mas, para que este desempenhe o seu papel de forma adequada e com qualidade é necessário que desenvolva competências que devem ser a nível pedagógico, profissional e pessoal. Os participantes no estudo também as identificaram como fundamentais para o desenvolvimento de aprendizagem significativa em ensino clínico. Focando-se nas competências científico-pedagógicas e pessoais.

De facto, se estes três domínios de competências não forem desenvolvidos de forma estruturada, com formação apropriada e em contexto formal pode-se cair na aprendizagem do papel de enfermeiro tutor num registo informal através de observação de como outros profissionais o fazem na prática, sendo apenas pontuada por momentos de aprendizagem formal para o desempenho deste papel. Dá-se, assim, lugar a uma reprodução da forma como se ensina, o que se distancia do paradigma construtivista de ensino aprendizagem (Serra, 2013).

2.4. Conteúdos da Aprendizagem

A aprendizagem em ensino clínico é extremamente importante na construção do futuro enfermeiro. Este contexto é muito significativo para a aprendizagem uma vez que possibilita a mobilização e integração de saberes adquiridos e é o local por excelência para o desenvolvimento de competências, permitindo ao estudante perceber os seus diferentes papéis quando colocado em confronto com as situações reais (Pinto, 2011).

Contudo, a imprevisibilidade do contexto, o desconhecido e a necessidade de agir no imediato põem em jogo interesses, valores, atitudes, emoções. Por tudo isto, este pode ser um cenário que desencadeia ansiedade no estudante. Alguns dos fatores que podem potenciar ansiedade em ensino clínico são a presença do tutor, a relação com a equipa de saúde, a condição clínica do doente, o desconhecimento do contexto da prática, a personalidade do estudante, o fator “avaliação” e ainda o medo do ambiente hospitalar e de não ser capaz de enfrentar a realidade dos cuidados, da forma como vai ser recebido no

serviço de saúde, da primeira experiência prática, etc. Uma vez que os fatores acima elencados são parte integrante do contexto da prática clínica e não se podem dissociar deles, importa compreender como se deve desenvolver a aprendizagem neste contexto e, assim, poder ajudar o estudante no alcance de aprendizagens significativas (.Carvalho, 1996; Kushnir, 1986; Rua, 2009; Sarnadas, 2000 e Windsor , 1987 cit por Pinto, 2011).

Abreu (2007, p.89) refere que um modelo explicativo de aprendizagem em ensino clínico deve assentar sobre quatro pressupostos: *“a complexidade decorre da natureza das experiências no campo; a aprendizagem processa-se de forma matricial, mobilizando “redes” de saberes; a aprendizagem desenvolve-se de forma holística; a formação exige estratégias de gestão da informação”*

Também Canário (2006) sustenta que a aprendizagem deve ter seis caraterísticas essências tais como: consistir num trabalho que o sujeito realiza sobre si próprio (o sujeito é o recurso principal da sua própria formação); não é restrita a um período de vida, coincidindo com o ciclo vital da pessoa; corresponde a um processo com espaço e tempo alargados e difuso que assenta no processo de socialização; é um processo em que os papéis de quem ensina e de quem aprende podem ser invertidos; pode desenvolver-se em vários contextos e não apenas na escola; a maioria das aprendizagens não resulta de um ato intencional, sob a forma de uma atividade de ensino.

Este autor refere que cada sujeito aprende consigo, com os outros e com o meio. Esta perspetiva tem algumas semelhanças com o modelo ecológico de Bronfenbrenner, pois Canário (2006) defende que a aprendizagem é um processo dinâmico em interação com o meio e que não está confinada apenas a um contexto específico, evoluindo ao longo do tempo.

De facto, aprender é transformar-se, construir personalidade própria, apreendendo a realidade e depurá-la através das nossas conceções, intuições, juízos e raciocínios. Para uma verdadeira aprendizagem é necessário que se operem transformações nas conceções do estudante (Tavares, 1998 cit. por Pinto, 2011).

Podemos, portanto resumir, referindo que a aprendizagem surge da mobilização e articulação de fatores de diferentes naturezas de onde se destacam as que se referem aos cuidados (caraterísticas clínicas, técnicas, científicas, humanas e organizacionais); as que se relacionam com a prática de cuidados, ou seja, os utentes, intervenções frequentes entre outras; relacionadas às caraterísticas pessoais do estudante, como a sua motivação,

personalidade, expectativas ligadas à profissão, emotividade, saberes, etc; e as académicas em que se destacam os objetivos do estágio clínico, a orientação do tutor, relacionamento, etc. (Pinto, 2011).

A aprendizagem é um processo interno do sujeito que está relacionado com o processo da sua autoconstrução como pessoa que se deve perpetuar ao longo da vida (Fernandes, 2010). Esta aprendizagem é mais acentuada em contexto da prática clínica. Segundo Rua (2009) há saberes de enfermagem que não são passíveis de aquisição em contexto teórico, necessitando de serem complementados com a prática. Para a obtenção dos saberes é necessário percebê-los e analisá-los em conjunto com os saberes já existentes. Em enfermagem, Carper (1996, cit. por Pinto, 2011) identificou quatro padrões de conhecimento essenciais ao desenvolvimento da enfermagem.

Carper (1996) identifica, assim o conhecimento: empírico, o conhecimento estético, o conhecimento pessoal e conhecimento ético. O conhecimento empírico é o mais complexo de difícil alcance e domínio, mas essencial para a compreensão dos fenómenos de enfermagem, correspondendo ao desenvolvimento científico da disciplina.

O conhecimento estético é a arte da profissão, relacionando com a sua criatividade na interação com o outro de que se manifesta através de atitudes, condutas e interação.

O conhecimento pessoal é o conhecimento que a pessoa transcende para situações particulares decorrente de situações prévias, ou seja, o conhecimento adquirido.

“O padrão do conhecimento pessoal compreende a experiência interior de consciência de si próprio, um self consciente. Para isso, é necessário absorver-se na totalidade da experiência conscientemente e fazer introspeção, criando-se um significado pessoal interior que é formado através das experiências vividas (...) Ao conhecer-se, conhece-se o outro, ou seja, identificamo-nos com o outro e isso compõe um elemento para o cuidado humano, que é manifestado apenas interpessoalmente, tal como muitos autores defendem” (Pinto, 2011, p. 87).

O conhecimento ético é considerado o conhecimento moral da enfermagem e envolve juízos perante situações éticas, implicando muitas vezes o confronto de valores, normas, interesses ou princípios. Carper (1996, cit. por Pinto, 2011) defende que o conhecimento ético vai para além do conhecimento dos códigos éticos da enfermagem, incluindo todas as ações que são decididas de livre vontade e sujeitas a juízos de valor.

Consideramos importante ter presentes os padrões de conhecimento em enfermagem quando refletimos sobre a aprendizagem, uma vez que pretendemos que esta potencie o desenvolvimento do estudante de forma holística.

Igualmente importante é referir-se que atualmente, na formação de adultos, ensinar conceitos diretamente é pouco proveitoso. É necessário que aos formandos sejam dadas oportunidades de experienciar e, assim, permitir-lhes encontrar o conhecimento que emerge da prática. O estudante, confrontado com o mundo real pode ir além do superficial e aprofundar o seu entendimento sobre as situações, criando relações entre o abstrato e o concreto. Este tipo de procura de conhecimentos, permite aos estudantes de enfermagem uma correta compreensão da realidade e a possibilidade de a transformar. Esta forma de incorporar o conhecimento de enfermagem como um todo, possibilita o distanciamento da visão mecanicista e que não permite a reflexão (Santos, 2009; Pinto, 2011).

Aos futuros profissionais é exigida a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão. Para tal é necessário abertura de espírito, só assim se está disposto para a aprendizagem ao longo da vida. Também lhes é pedido que fundamentem de forma sólida as intervenções e assim contribuam para a evolução da ciência da enfermagem (Abreu, 2003).

Abordaremos a aprendizagem em ensino clínico, pois consideramos que com estes conteúdos será mais fácil compreender a categoria que emergiu da análise das entrevistas que efetuamos e que denominamos de conteúdos da aprendizagem, os quais foram analisadas e agrupados com base no modelo de Pozo (1999, cit. por Carvalho, 2004) e que estão explanados no quadro 3.

Quadro 3– Conteúdos da aprendizagem

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Conteúdos da Aprendizagem	Verbais
	Procedimentais
	Atitudinais

Zabala e Arnau (2010) referem que é necessário refletir sobre quais os conhecimentos, habilidades e atitudes que é necessário mobilizar e dominar para que

possamos ajudar o estudante a adquirir competências. Assim, os conteúdos de aprendizagem caracterizam-se por serem um conjunto de formas e saberes culturais que têm como finalidade a promoção de uma socialização adequada e individualizada do estudante. Ou seja, estes são aspetos do desenvolvimento pessoal e social do aluno que a escola deve difundir. Estes devem ajudar no alcance de uma aprendizagem significativa. Ou seja, cada estudante é incentivado a atribuir significado aquilo que aprende. Só desta forma os conteúdos da aprendizagem explicam a sua importância (Coll, 1992 cit. por Carvalho, 2004).

Os conteúdos acima referidos podem ser de três tipos: conteúdos verbais que se apresentam de forma fixa e, por isso, são de fácil perceção, podendo assim ser determinado um momento específico para a sua avaliação, são, em analogia, estado sólido da matéria e orientam-se para o “saber”. Os conteúdos procedimentais estão entre os verbais e os atitudinais, as mudanças por ele operadas são menos claras, são o estado líquido da matéria, orientam-se para o como o estudante deve fazer, são o “saber-fazer”; os conteúdos atitudinais estão presentes em todos os lugares, não sendo possível determinar sequências nem momentos para a sua avaliação, são o estado gasoso da matéria e representam como os estudantes devem ser, são, por isso, o “ser” (Carvalho, 2004; Coll, 1986 cit. por Barroso, 2009). De seguida iremos apresentar uma das subcategorias definidas ilustradas com as respetivas unidades de registo.

Conteúdos verbais

Da análise de conteúdo efetuada, concluímos que os enfermeiros tutores referem os conteúdos verbais como importantes para o desenvolvimento da aprendizagem em ensino clínico, tal como está exposto nas seguintes unidades de registo:

“(...) tem-se notado que os alunos estão com muitas dificuldades, principalmente a teoria medicina e cirurgia... e temos alunos que não sabem coisas que consideramos básicas num enfermeiro” E1;

“Os conhecimentos teóricos são a base” E10.

Os conteúdos verbais desempenham um papel essencial na educação. Estes representam factos, conceitos e princípios, são os que podem diferir mais em cada disciplina, caracterizando-se por ter sistemas de conceitos e bases de dados particulares,

podem ser definidos como a rede de conceitos que revelam a especificidade de uma disciplina (Pozo, 1992 cit. por Carvalho, 2004). O facto de serem mais particulares não lhes confere maior importância que aos restantes, apenas se torna relevante esclarecer que os conteúdos procedimentais e atitudinais são mais gerais a todas as matérias (Carvalho, 2004).

Os conteúdos verbais podem ser de três tipos: os factos, os conceitos e os princípios. Os factos caracterizam-se por serem cópias na íntegra e aprendem-se através da memorização, apreendendo-se de uma só vez mas também se esquecem rapidamente. Os conceitos estão baseados na aprendizagem significativa, levando a uma atitude mais ativa na própria aprendizagem. Enquanto os factos são dados ao estudante para que este os memorize, os conceitos obrigam a compreensão e atribuição de sentido que vem da interpretação e relação com os conhecimentos e experiências previamente apreendidos, assim, adquirem-se de forma progressiva e são esquecidos mais lentamente. Contudo, importa ainda referir que nem sempre é fácil a distinção entre factos e conceitos, não havendo, frequentemente, uma distinção clara mas um contínuo (Pozo, 1999 cit. por Carvalho, 2004).

Porém, é necessário esclarecer que mais do que ensinar aos estudantes os conteúdos verbais é fundamental que estes sejam capazes de aprender a aprender (Carvalho, 2004). *“Este desenvolvimento de estratégias e capacidades dos alunos devem conseguir-se através da aprendizagem dos conteúdos procedimentais de cada uma das matérias do currículo”* (Pozo, 1999, p.77 cit. Carvalho, 2004, p. 91). No ensino de enfermagem os conteúdos verbais têm um grande peso apesar de o curso ter uma forte componente prática. Os conteúdos verbais são fundamentais para o desenvolvimento da aprendizagem em ensino clínico. Quando um estudante inicia um estágio ele já leva um vasto conjunto de conhecimentos teóricos que são essenciais na prática a realizar. Este tipo de conteúdos estão presentes em todos os contextos do nosso conhecimento e permitem compreender, organizar e prever a realidade (Pozo 1999 cit por Carvalho, 2004). Podemos, ainda, referir que o estudante, além de mobilizar os conhecimentos que possui, constrói novos conhecimentos durante o ensino clínico (Carvalho, 2004).

Com efeito, todas as atividades possuem factos, conceitos e princípios que lhe são inerentes, assim, o estudante tem que conhecer as reações do ser humano nas várias circunstâncias com o intuito de poder fazer um diagnóstico de enfermagem adequado

(Carpenito, 1992 cit. por Carvalho, 2004), permitindo-lhe a compreensão e alteração de variáveis em saúde.

Conteúdos Procedimentais

Da análise das entrevistas ficou clara a importância dada pelos enfermeiros tutores aos conteúdos procedimentais:

“(...) o que valorizo mais é a capacidade de se adaptar às situações, de aprender perante situações novas, de pesquisar, de procurar informação...” E2;

“(...) principalmente a forma como o aluno se consegue integrar no serviço” E8;

“Ele tem que mostrar o que sabe, mas também tem que saber aplicar o que sabe” E10.

Os conteúdos procedimentais referenciados Pozo (1992 cit por Carvalho, 2004) consistem no desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender. Estes caracterizam-se por ser um conjunto de ações ordenadas e orientadas para uma determinada meta (Coll, 1992 cit. por Carvalho, 2004), incluindo “destrezas, habilidades (motoras, mentais e instrumentais), técnicas ou métodos (de laboratório, de estudo, de leitura, de escrita, etc) e estratégias (cognitivas, de aprendizagem, etc)” (Trillo, 1995, p. 70 cit. por Carvalho, 2004, p.92).

Os conteúdos procedimentais referem-se, assim, a ações e formas de agir que implicam o “saber fazer”. Importa referir que este “saber fazer ” é incluído no âmbito da aprendizagem significativa, de reflexão e do conhecimento de forma ordenada e integrada, o qual difere do “saber fazer” relacionado com o domínio sensório motor, da destreza manual e simplificante. Estes conteúdos podem ser algorítmicos ou heurísticos. Os primeiros são os que têm todos os passos definidos para atingir a meta pretendida, ou seja, explicam a sequência das ações com a finalidade de resolver determinado problema. Os conteúdos procedimentais heurísticos norteiam a sequência que deve ser utilizada não referindo os passos. Por este motivo, estes procedimentos poderão não levar a resultados iguais. Os procedimentos heurísticos correspondem à maioria dos procedimentos dos estudantes em ensino clínico (Carvalho, 2004).

O recurso, na sua grande maioria, a procedimentos heurísticos, durante o ensino clínico em enfermagem, faz todo o sentido uma vez que estamos a falar de uma profissão em que as relações humanas têm um tremendo significado. *“Assim, em cada situação, o estudante desenvolverá a sua atividade de acordo com fatores externos momentaneamente sujeitos a alterações, tendo por base uma orientação de sequência a respeitar.”* (Carvalho, 2004, p.94).

Quando defendemos os conteúdos heurísticos como fundamentais para a prática da enfermagem será o mesmo que dizer que as competências metacognitivas são as mais desejáveis no ambiente de aprendizagem em que a reflexão é determinante (Carvalho, 2004). Também os enfermeiros participantes do estudo são da mesma opinião ao referirem:

“O aluno (...) tem que ter um espírito aberto e tentar perceber que a reflexão é das coisas mais importantes” E1.

Acerca da importância da reflexão e da metacognição na aprendizagem em ensino clínico iremos refletir mais adiante.

De facto, os conteúdos procedimentais são aqueles que mais presentes estão no ensino clínico, sendo a maior parte de cariz heurístico uma vez que grande parte dos procedimentos não obedecem a uma predefinição rigorosa de cada sequência, estas devem sim ser planeadas pelos estudantes. A aplicação do processo de enfermagem revela-se, desta forma, fundamental (Carvalho, 2004). Os participantes do estudo referem-nos como de grande valor para a aprendizagem em ensino clínico. Ainda neste âmbito, somos levados a refletir sobre a aplicação do processo de enfermagem em contexto clínico e a importância que a uniformização da linguagem tem na orientação que é dada ao estudante. Os enfermeiros tutores referiram, no estudo, que não estão familiarizados com o modelo de conceção de cuidados e entendem que tal seria benéfico para uma orientação do estudante mais efetiva:

“Se não falarmos todos a mesma linguagem se não pensarmos todos da mesma maneira se calhar o aluno é obrigado pela escola a seguir um caminho e o tutor acha que deve seguir outro. Portanto, a escola se calhar otimizaria se informasse os tutores, ao informar do plano de estudos, informar o que é esperado deles, qual é o modelo de conceção de cuidados que eles têm de trabalhar e se calhar todos ganhávamos com isso”;
E5

Conteúdos atitudinais

Os enfermeiros tutores, no estudo que desenvolvemos, também deram relevância aos conteúdos atitudinais:

“(...) a forma de estar do aluno (...) a comunicação do aluno” E8;

“As caraterísticas do estudante... a proatividade, saber estar, humildade, ter a postura de que está ali para aprender.” E5;

“Uma postura assertiva... pode influenciar. Há alunos que demonstram uma postura quase de infantilidade que não ajuda no desenrolar do estágio, portanto a maturidade é algo que também pode influenciar” E3.

Os conteúdos atitudinais caracterizam-se por serem transversais e têm como finalidade o desenvolvimento de determinados valores. A aprendizagem destes conteúdos resulta maioritariamente de interação social. Podem ter três vertentes: cognitiva, afetiva e conductual. A cognitiva que se refere aos conhecimentos e crenças e são as ideias sobre a melhor forma de se comportar. A afetiva que diz respeito a sentimentos e preferências, são os valores e representam o grau com que foram assimilados os princípios que regem as normas. E, por fim, a conductual que está relacionada com ações e intenções e representam as regras e os padrões de conduta de forma a atingir-se um comportamento sólido (Carvalho, 2004).

As atitudes podem, ainda, ter quatro funções: defensiva, que levam a comportamentos de aceitação por parte do grupo; adaptativa a qual ajuda a que sejam alcançados os fins desejados; expressiva que se relaciona com a necessidade de cada pessoa de exprimir os seus valores, confirmando os seus conceitos perante a sociedade; cognitiva a qual permite a ordenação, clarificação e dar estabilidade e assim categorizar a grande quantidade de informações que a pessoa recebe (Carvalho, 2004).

Os conteúdos atitudinais, à semelhança dos verbais e procedimentais, também são determinantes para o ensino clínico. No estudo desenvolvido por Simões (2004) este chega à conclusão de que os enfermeiros cooperantes valorizam as competências atitudinais e comunicacionais nos estudantes.

Com efeito, devemos refletir sobre as atitudes, uma vez que têm um cariz tão particular na sua aprendizagem. Os participantes do estudo identificaram-nas como a grande lacuna na maioria dos estudantes:

“Acho que a nível de competências pessoais não estão bem preparados. Eles chegam a um estágio com níveis de maturidade que a meu ver acabam por condicionar um bocadinho o desenvolvimento do ensino clínico” E2.

Tal facto pode explicar-se pela forma como estas são apreendidas: a imitação. *“As atitudes conduzem o processo percetivo e cognitivo que levam à aprendizagem de qualquer tipo de conteúdo”* (Carvalho, 2004, p. 97). Será, por isso, uma componente que terá que ser mais desenvolvida no contexto da prática, através da observação e análise de comportamentos. A figura do enfermeiro tutor e a possibilidade de este ser considerado como modelo podem influenciar a aprendizagem neste âmbito.

Muitos dos tutores falam da postura do estudante. De facto, na nossa experiência como tutores, vemos uma diferença considerável na forma de estar de um estudante nos dias de hoje e de há anos atrás. Mas, devemos interpretar esta diferença à luz da sociedade atual e dos valores que transmite aos seus jovens, por isso, não podemos daqui esperar atitudes iguais. Também devemos fazer a interpretação baseando-nos na mudança do paradigma de ensino aprendizagem, no atual o professor deixou de estar no centro do processo e esse lugar foi ocupado pelo estudante.

Por fim, consideramos necessário referir que a distinção dos conteúdos de aprendizagem tem como finalidade levar o orientador a refletir sobre as diferentes dimensões dos conteúdos, para que, desta forma, consiga delinear as melhores estratégias com vista ao desenvolvimento do potencial máximo de aprendizagem de cada estudante (Carvalho, 2004).

Em resumo, podemos mencionar que o ensino clínico é um espaço favorecedor da aprendizagem em enfermagem por excelência. Para que esta seja efetiva deve-se permitir ao estudante que este imite, rejeite e experimente por si comportamentos ligados à profissão e conhecimentos que deve possuir, pois é no contexto da prática clínica que o estudante forma progressivamente o seu sistema de valores, as normas e comportamento profissionais, o seu sentido ético em ligação com todo o contexto da prática (Martin, 1991 cit. por Carvalhal, 2003). Também Belo (2003, p. 93, 94) reflete sobre a complexidade da formação inicial em contexto clínico, uma vez que se trata de formar um enfermeiro que *“seja competente, com sólidos conhecimentos técnico-científicos e relacionais, com uma visão madura e crítica do conhecimento de enfermagem e uma capacidade e vontade de se*

atualizar continuamente.” Refere, ainda, a importância de formar o estudante para que este tenha uma visão de cuidar fortemente humanizada.

2.5. Relação Pedagógica

Abreu (2007, p.167) refere que *“no contexto de uma relação diádica, a aprendizagem e o desenvolvimento são facilitados pela participação do formando em padrões progressivamente mais complexos de atividade recíproca com o tutor, com quem a pessoa desenvolveu uma relação sólida emocional e duradoura.”* Em conformidade com a perspectiva Bronfenbreniana defende que o supervisor e estudante devem, por isso, formar uma díade, levando o estudante a participar num diálogo reflexivo, de forma a compreender os fenómenos inerentes à prática afirmando:

“O diálogo é importante para: i) confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento; ii) conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes atuais com situações anteriormente apreendidas; iii) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a sua posição face a todos estes” (Abreu 2007, p.168).

De facto, as relações entre pessoas, sejam elas de cariz supervísio numa instituição de ensino ou de saúde, estão sempre revestidas de complexidade (Belo, 2003).

Não sendo o Homem um ser isolado, as relações e as competências interpessoais revestem-se de particular importância. O modo como se estabelecem essas relações reflete a maneira de ser, estar, pensar e sentir, ou seja, as características que cada um apresenta vão ser, de certo modo, responsáveis pelos comportamentos dos outros (Pires, 2004).

No âmbito da formação profissional Tavares (1993, cit. por Pires, 2004), considera a dimensão pessoal e interpessoal da relação a qual se traduz em três percursos conceptuais: pessoalidade, interpessoalidade e formação. O princípio da pessoalidade é o contrário de individualidade, é estimulante, criativa, transparente, verdadeira, autêntica e humana. Com efeito, desde o início da sua formação que o enfermeiro é estimulado a refletir sobre a preponderância da relação pessoal e interpessoal. Isto é, a relação consigo mesmo, a sua

autoestima, autoconfiança e autoconhecimento são premissas fundamentais para estabelecer boas relações com os outros.

Goleman (2000) sustenta-se em diversos autores da antiguidade para apoiar a teoria de que as emoções desempenham um papel muito importante na existência humana. Também Damásio (1999), nos seus estudos na área das neurociências, defende que o processamento das emoções e dos sentimentos são essenciais para a racionalidade. Os sentimentos podem levar-nos ao espaço de tomada de decisão de onde podemos tirar o melhor partido da lógica. Esta é fundamental para a prática de enfermagem.

Pires (2004) defende que os estudos têm demonstrado que a ausência de emoções nas nossas atitudes é tão incapacitante, podendo condicionar a racionalidade, como a perturbação que estas podem causar no raciocínio. Quando não existe possibilidade de sentir emoções a capacidade de tomada de decisão sai debilitada. Daqui podemos inferir que as emoções são fundamentais para o processo de desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional e que nos ajudam a seguir o caminho da decisão informada, essencial à prática do profissional reflexivo.

Em contexto clínico a relação enfermeiro e doente, enfermeiro tutor e estudante e estudante e doente são muito importantes e cruciais no estabelecimento de aprendizagens significativas para o estudante.

Portanto, é fundamental o enfermeiro tutor ter desenvolvidas competências relacionais. A relação de ajuda, tal como é percecionada por Rogers (1985) e outros autores, contribui para o desenvolvimento da pessoa de forma holística até ao máximo das suas potencialidades. A apreensão de competências relacionais e comunicacionais, têm o seu potencial máximo de desenvolvimento na prática, também se aprende nos livros, mas muito mais com a experiência. À medida que os enfermeiros vão evoluindo, vão adquirindo competências relacionais que lhes possibilitam aumentar a sua capacidade de perspetivarem as coisas de forma global, conferindo-lhes, assim, maior capacidade de relacionamento com os outros.

Para que o tutor possa levar a bom porto a sua função, deverá dominar não só o conhecimento do currículo, mas também ter uma boa cultura geral e um bom conhecimento de si próprio e do outro, bem como uma permanente atitude de bom senso. Assim, podemos falar das várias dimensões do conhecimento de enfermagem, sendo o autoconhecimento, uma delas e que corresponde segundo Carper (1996, cit. por Pinto,

2011) ao conhecimento pessoal. *“Uma pessoa que se conheça bem a si própria, poderá, mais facilmente, superar os seus pontos fracos e desenvolver os mais positivos. Deste modo, a pessoa dará também um passo decisivo na construção da sua autoestima e autoconfiança, o que facilitará a relação interpessoal”* (Pires, 2004, p.47).

O papel do enfermeiro tutor consiste em sustentar a atividade do estudante, tendo sempre como fim último a qualidade dos cuidados prestados ao utente, adaptando a sua prática a cada contexto. Para que haja verdadeiro processo de supervisão é necessário que este se desenvolva num clima favorável, numa atmosfera afetivo relacional e numa *“cultura positiva de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária e responsável entre o supervisor e o supervisando.”* (Pires, 2004, p. 43).

Abreu (2002, p. 53), refere que o sucesso do processo de supervisão, está fortemente condicionado pela qualidade da relação supervisiva, pois a ação humana é pautada pelas *“ dimensões cognitiva, metacognitiva, contextual e volitiva”* mas também pela dimensão afetiva, estando esta presente em todas as ações desenvolvidas pelo Homem

Todo o ambiente afetivo-relacional que reveste o acompanhamento de estudantes em ensino clínico é de particular importância e pode afetá-lo de forma positiva ou negativa. Deve, por isso, estabelecer-se, desde o início, uma boa relação entre o tutor e o estudante. Esta relação implica o desmontar de certos preconceitos que assentam numa relação de superior- inferior, professor-aluno, avaliador- avaliado... e deve dar lugar uma atitude que realce *“... um clima favorável, uma atmosfera afetivo relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária (...).”* (Alarcão e Tavares, 2003, p.61).

O processo de aprendizagem deve, portanto, prender-se com a aproximação do formando ao mundo social até então ausente na sua formação, por forma a desenvolver valores e atitudes. Assim, a figura do enfermeiro tutor, a sua personalidade e a sua formação, são fulcrais para o sucesso ou fracasso da formação do supervisionado (Pires, 2004).

Watson (1999) defende que a relação de supervisão é, essencialmente, uma relação de cuidar. Baseado nessa premissa o enfermeiro tutor deve sustentar todo o processo de supervisão.

O enfermeiro tutor tem, ainda, a função de servir de elo de ligação entre o estudante e os restantes elementos da equipa no contexto da prática clínica. Estudos há

que demonstram que a forma como o estudante é acolhido e todo o ambiente geral dos contextos e das equipas influenciam o desenvolvimento de uma identidade partilhada e de desenvolvimento de condutas uniformes (Oberlé, 2009 cit por Serra, 2013), também Chesser-Smyth (2005) citado pelo mesmo autor, conclui que uma receção acolhedora aos estudante pela equipa da prática clínica incita um sentimento de bem-estar e reforça a autoestima, bem como a inclusão na equipa de enfermagem. A sensação de pertença dos estudantes, proporcionada pela equipa de trabalho, determina nos estudantes sentimento de segurança, conforto, satisfação e felicidade. Em oposição, contextos que não favoreçam um sentimento de pertença determinam que os estudantes dirijam o foco da sua atenção para o modo como se devem situar na equipa, desviando, assim, a sua atenção das situações de aprendizagem (Levett-Jones e Lathlean, 2007; Levett-Jones et al, 2008 cit. por Serra, 2013).

Hayes et al (2006 cit. por Serra 2013), defendem que quando o estudante sente necessidade de pertencer a uma equipa, por esse sentimento não estar inerente ao processo, rapidamente abandonam modelos de trabalho aprendidos na escola para aderirem a modelos que vigoram nos contextos da prática o que poderá trazer consequências negativas para a forma como encaram a relação com a profissão.

De facto, a Supervisão Clínica em Enfermagem implica a existência de um relacionamento de autoimplicação dos intervenientes. Para Cottrell (2000 cit. por Ferreira, 2008) o relacionamento entre tutor e estudante origina, para o tutor, a mobilização de conhecimentos e experiência, e tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento dos saberes, das práticas e dos valores dos estudantes. Assim, a relação é entendida como o elemento dinâmico da Supervisão Clínica em Enfermagem, em que a sua vivência é influenciada, não só, pelas experiências anteriores, mas também pelas expectativas que cada um transporta para a mesma.

A relação supervisiva é entendida por Alarcão e Tavares (2003, p.71) como uma *“relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”*. O tutor estabelece, assim, com o estudante uma relação interpessoal de particular importância que influencia de forma determinante o desenvolvimento e aprendizagem do estudante, uma vez que a maioria das vezes o tutor é encarado pelo estudante como um modelo a seguir, desempenhando um papel crucial na construção da sua identidade e saber profissional (Carvalho, 2003). Este emerge no contexto da relação supervisiva como elemento

dinamizador do processo formativo, as relações interpessoais e os contextos são o suporte da sua atividade.

Alarcão (2000, p.93 cit. por Ferreira, 2008, p. 27) afirma que o tutor é *“alguém que deve ajudar, monitorar e criar condições de sucesso”*. Isto é, o tutor deve ser concomitantemente facilitador e estimulador da aprendizagem. O enfermeiro tutor deve estar concentrado nas necessidades formativas do estudante, nas motivações do estudante bem como nas suas capacidades e competências, com o propósito de o ajudar a progredir no saber, saber-fazer e saber ser Enfermeiro (Ferreira, 2008).

No sentido de dar resposta ao objetivo de orientar o estudante de forma completa, o tutor deve desenvolver estratégias que estão assentes numa relação de proximidade, na capacidade de dar segurança e responder de forma eficaz às solicitações do estudante (Alarcão e Tavares, 2003). Para uma relação supervisiva bem-sucedida, as responsabilidades individuais e conjuntas devem ser discutidas desde o primeiro contacto (Ferreira, 2008).

Relacionado com a importância que cada tutor atribui às suas intervenções, Alarcão e Tavares (2003) sustentados em Glickman (1995) identificam dez *skills* interpessoais que o supervisor deve desenvolver a saber: prestar atenção; clarificar; encorajar; servir de espelho; dar opinião; ajudar a encontrar soluções para os problemas; negociar; orientar; estabelecer critérios e condicionar. Ainda Glickman (1995 cit. por Alarcão e Tavares 2003) apresentam três tipos supervisivos: o não diretivo, colaborativo e o diretivo. No estilo não diretivo, o tutor presta atenção, clarifica e encoraja o supervisionado, criando-lhe espaço, para este tomar a iniciativa. No estilo colaborativo, o tutor dá a opinião, ajuda a encontrar soluções e negoceia com o supervisionado, sendo encarado pelo supervisionado como um modelo. No estilo diretivo, o tutor orienta, estabelece critérios e condiciona a atividade dos supervisionados.

Blumberg (1980 cit. por Alarcão e Tavares, 2003) realizou um estudo em que considerava as atitudes dos supervisores na opinião dos supervisionados, em que inferiu que os supervisionados valorizam os supervisores que faziam, sugestões, criticavam, pediam informações e sugestões, os quais se enquadram nos estilos colaborativo e diretivo. Por outro lado, avaliavam de forma menos positiva os supervisores com atitudes passivas ou os que se destacavam por falar muito, os quais se encaixam no estilo não diretivo. Soares (1995, cit. por Ferreira, 2008) refere o encorajamento, a ajuda e a compreensão como

caraterísticas fundamentais no tutor no contexto de um ambiente favorecedor de aprendizagem.

Da análise do discurso dos participantes surgiu a categoria relação pedagógica que tem como subcategorias promotora e bloqueadora, tal como se esquematiza no quadro 4.

Quadro 4 – Relação pedagógica

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Relação Pedagógica	Promotora
	Bloqueadora

Promotora

Como ilustrativas da relação pedagógica promotora apresentamos as seguintes unidades de registo:

“Acho que tem que haver alguma proximidade, naturalmente não somos amigos íntimos, mas tem que haver alguma proximidade, precisamente para que o aluno veja no enfermeiro tutor esse porto, esse apoio que lhe permita tirar dúvidas (...) esta relação também implica que o enfermeiro tutor comunique com o aluno e diga precisamente quais os pontos que poderiam ser melhorados” E2;

“Deve haver uma relação de apoio, de confiança entre o enfermeiro tutor e o estudante para ele se sentir à vontade para expor as suas dúvidas e não se sentir intimidado” E4;

“Tem que haver uma relação de ensino, não é igual a uma relação de trabalho (...) Nunca podemos estar muito distantes porque senão não é possível mudar atitudes” E5;

“A relação não deve ser distante, pelo contrário que haja uma ligação que permita aprendizagem de ambas as partes, porque nós também aprendemos imenso com eles porque trazem sempre algo novo para o serviço” E8;

“Tem que haver uma relação de aprendizagem, mas também tem que haver alguma empatia, é mais fácil para haver motivação no aluno (...)” E7.

Em estudos realizados por Salgueiro (2001, cit. por Belo, 2003); e D'Espiney (1997, cit. por Belo, 2003) é evidente a importância dada à relação professor-aluno e à necessidade de proximidade entre estes dois intervenientes, uma vez que quando existe distanciamento o estudante revela alguma inibição no seu desempenho o que poderá condicionar o desenvolvimento de uma relação de confiança e consequentemente influenciar o processo de ensino-aprendizagem. Estes estudos levam-nos a refletir sobre a necessidade de estimular o desenvolvimento de competências comunicacionais nos docentes e enfermeiros tutores. De facto, deve estar presente na relação supervisiva confiança e frontalidade para incentivar os estudantes no desenvolvimento pessoal e profissional, levando a que possam prestar cuidados de qualidade. Byrnes (1986 cit por Belo, 2003), defende que a aprendizagem é mais eficaz quando o aprendente não se sente ameaçado.

As competências comunicacionais afetam os alunos e conduzem a um maior alcance de autoconfiança e autodomínio, bem como ao desenvolvimento de pensamento crítico, uma maior capacidade de comunicação, busca de novas ideias e maior entusiasmo na resolução de problemas (Silva, 2000 cit por Belo, 2003).

A maioria dos enfermeiros tutores que participaram no estudo, reconheceram como muito importante a relação que se estabelece com o estudante e o seu valor para uma aprendizagem efetiva em ensino clínico e realçam a importância de ser estabelecida uma relação de ajuda, tal como Sloan (1999).

Segundo Rogers (1985, p.43) esta pode ser entendida como *"uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida"* Trata-se, portanto, de ajudar o outro a encontrar em si subsídios para resolver os problemas e não em resolver os problemas por ele.

Para que a relação de ajuda seja eficaz esta não pode ser apenas baseada nas competências inatas que cada um possa ter, esta relação exige formação (Phaneuf, 1995 cit. por Ferreira, 2006).

Importa, assim, explorar a relação de ajuda e as habilidades que o enfermeiro terá de ver desenvolvidas para que efetive esta relação. Segundo Lazure (1994) a relação de ajuda implica: A capacidade de escuta; a clarificação, a ajuda na clarificação, ou seja, ser preciso e concreto; o respeito por si e pelos outros; a congruência em relação a si e aos

outros; confrontar-se consigo próprio e com os outros; ser empático consigo próprio e com os outros.

De entre as características acima enumeradas iremos refletir sobre a escuta e o ato de comunicar, essencial em todo este processo, e a empatia. Esta última foi referida pelos entrevistados nesta investigação como promotora da relação de aprendizagem.

Para falarmos de relação é essencial refletirmos sobre o ato de comunicar, Belo (2003) no seu estudo sobre *“Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: perspectiva do Aluno”* refletiu sobre a importância de uma relação comunicativa entre o estudante e supervisor. Neste estudo sustenta a importância da comunicação no estabelecimento da relação com estes dois atores. Segundo a autora, comunicar é um ato diário, e, por isso, muitas vezes nem percebemos a sua complexidade e dificuldade na adequação a cada contexto e aos intervenientes. A personalidade, o comportamento e o relacionamento social, são determinados pela qualidade e intensidade da comunicação. Comunicar é essencial para o ser humano, fazendo do Homem aquilo que ele é, permitindo que se estabeleça a relação interpessoal, que é fundamental em ensino clínico.

A comunicação efetiva exige a identificação do significado que se atribui à mensagem por todas as partes envolvidas no processo. Para tal, o Homem usa um sistema de símbolos para se relacionar com os outros que são sinais verbais, sinais escritos e sinais não-verbais. Todas as nossas comunicações encerram em si, de alguma forma, um passado de atitudes, de valores, de princípios e de diversas experiências que definem o nosso comportamento presente. Existem, barreiras que impedem ou dificultam a comunicação: barreiras exteriores aos intervenientes (ruídos, diversidade das estimulações que perturbam a atenção, concentração, emissão e receção); barreiras internas intelectuais e afetivas, conscientes e inconscientes (preconceitos, inibições ou pressões). A comunicação humana é, portanto, uma necessidade vital, e, concomitantemente, *“uma ciência e uma arte: implica esforço, decisão, sentido da medida e da oportunidade, disponibilidade intelectual e afetiva”* (Belo, 2003, p. 85). No ato de comunicar a escuta é fundamental. Mas, escutar não é apenas ouvir com a atenção é conseguir decodificar e captar a intenção do emissor (Fachada, 2000 cit por Belo, 2003).

Existem múltiplas barreiras a uma comunicação eficaz, uma das barreiras da comunicação verbal entre duas ou mais pessoas é a sobreposição de mensagens, dificultando a interpretação, podendo levar o estudante a condicionar o seu raciocínio

(Fachada, 2000 cit. por Belo, 2003). A linguagem não-verbal, como já acima foi referido, é de extrema importância. Tal como noutros contextos, também no ensino clínico é indispensável estar atento à linguagem não-verbal, pois não raras vezes recebemos e emitimos mensagens que não são da linguagem verbal, mas através de gestos, posturas, silêncios, tom de voz e expressões faciais, os quais podem transmitir diversas emoções e sentimentos e que podem afetar as mensagens que queremos emitir, conferindo-lhes um carácter menos claro ou até erróneo (Belo, 2003). Assim, a arte de bem comunicar deve ser uma característica do docente e do enfermeiro tutor, tal como refere Garmston *et al* (2002, p.21, cit. por Belo, 2003, p. 87): “ (...) *Os supervisores deverão estar conscientes destas pistas nos outros, bem como nas suas próprias mensagens verbais e não-verbais, de modo a promoverem interações que se pautem por uma comunicação, uma confiança e uma aprendizagem crescentes.*”

Por tudo o que já foi referido, torna-se claro a importância da comunicação. Introduzimos agora o conceito de empatia, importante na relação de ajuda e na relação supervisaiva.

A empatia ocupa um lugar de destaque na relação de ajuda, é mesmo considerada basilar para que esta seja efetiva. Caracteriza-se por uma compreensão profunda do outro e da sua situação, colocando-se “nos sapatos do outro” compreendê-lo e regressar ao seu lugar, mantendo intacto o seu eu e não julgando o outro. Depois, o enfermeiro deve comunicar o que apreendeu deste exercício e comunica-lo ao outro, isto faz com que o sujeito se sinta compreendido e apoiado (Ferreira, 2006; Belo, 2003).

Este mecanismo de comunicação é um recurso que o enfermeiro deverá desenvolver, necessitando para tal de usar a escuta ativa. No processo de criar empatia a linguagem não-verbal, sobre a qual já refletimos atrás, é muito importante. Quanto à linguagem verbal esta deve ser dada sob a forma de frases curtas e com informação precisa (Ferreira, 2006). Contudo, existem barreiras ao estabelecimento de uma relação empática como a falta de tempo e disponibilidade para a sua utilização.

Iremos, de seguida, refletir sobre os mecanismos que podem condicionar, de forma negativa a relação pedagógica.

Bloqueadora

Da análise das entrevistas, identificamos como elementos bloqueadores da relação pedagógica o que a seguinte unidade de registo reporta:

“Nunca tenho uma relação de grande intimidade (...) respeito pelos papéis” E1.

Com efeito, para produzir aprendizagem significativa não pode haver grande distância pois, numa relação diádica (enfermeiro tutor e estudante) a aprendizagem e o desenvolvimento são simplificados pela participação do estudante em *“padrões progressivamente mais complexos de atividade recíproca com o tutor com quem desenvolveu uma relação emocional sólida e duradoura.”* (Abreu, 2007, p. 167).

Alarcão e Tavares (2007, p.71 cit. por Borges, 2010, p.46) sustentam que a relação estabelecida entre o supervisor e o estudante deve ser *“uma relação dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido.”*

Outro elemento identificado como bloqueador é o fator tempo:

“O tempo para o aluno é pouco (...) tem que haver um acumulado de funções” E10;

“ (...) acaba por ser complicado acompanhar de forma integral o aluno” E1.

De facto, para que seja estabelecida uma relação consistente com o estudante é necessário que lhe seja dedicado tempo. Tal é identificado por Ferreira (2006) para uma relação empática, tão importante na relação de ajuda, é necessário dedicar tempo ao estudante, como já atrás mencionamos. O tempo é muitas vezes escasso. Abreu (2003) defende que idealmente o enfermeiro tutor não deveria ser contabilizado para a prestação de cuidados aos utentes. Porém, tal como já anteriormente referimos, esta realidade está longe de ser alcançada tendo em conta a realidade atual da enfermagem e do país.

Em suma, os tutores participantes no estudo, na sua maioria, perspetivam a relação tutor estudante através de comportamentos favorecedores da aprendizagem, definindo a relação com base na relação de ajuda, focando a empatia como elemento importante.

Uma relação interpessoal positiva entre enfermeiro tutor e estudante pode originar desenvolvimento a nível pessoal e profissional nos níveis cognitivo, afetivo, relacional e

social, potenciando a mudança e transformação dos alunos e a aquisição de novas atitudes, práticas e saberes (Santos, 1993 cit. por Almeida, 2004).

2.6. Avaliação da aprendizagem

A avaliação em ensino clínico é reguladora da aprendizagem e tem como finalidade a verificação da aquisição de conhecimentos, competências e capacidades dos estudantes bem como o cumprimento dos objetivos fixados para determinado ensino clínico. Contudo, a tarefa de avaliar é sempre envolta de grande subjetividade. Frequentemente os estudantes, por conhecerem as suas atividades e tarefas avaliam-se como se os conhecimentos e habilidades tivessem sido apreendidos. Assim, os enfermeiros tutores quando estão a avaliar o estudante podem estar a avaliar se este sabe, se sabe fazer e se efetivamente faz algo (Costa, 2004 cit. por Barroso, 2009).

Barroso (2009) refere que o estudante ao ser avaliado tem de demonstrar competências na realização das atividades propostas para cada ensino clínico. Assim, tem a possibilidade de aplicar saberes interagindo com eles, mobilizar capacidades, conhecimentos e atitudes. Este tipo de avaliação, que verifica as competências do estudante baseia-se em objetivos e critérios que são definidos de forma clara e possibilitam uma orientação do ensino aprendizagem mais precisa e que apela ao conhecimento e espírito crítico. A avaliação assume um papel deveras importante por ser um momento de aprendizagem. Por isso, esta deve ser contínua dando destaque ao esforço e responsabilidade que o estudante demonstra na construção do seu saber, seja o saber fazer, saber estar ou saber ser. Avaliar a aprendizagem implica a aplicação de técnicas e instrumentos de avaliação os quais possibilitam ao orientador verificar se o aluno conseguiu adquirir os conhecimentos, habilidades e atitudes

Carvalho (2004) refere que apesar dos esforços realizados, muitas vezes a avaliação é percecionada como injusta pelos estudantes quando esta é traduzida em números, ou seja, a avaliação sumativa. De facto, e apesar de a avaliação dos ensinos clínicos estar veiculada a princípios construtivistas que levam à reflexão das práticas, a sua vertente classificativa está sempre presente. Também Barroso (2009) refere que sendo a avaliação percecionada como reguladora e promotora da qualidade do processo de ensino

aprendizagem tem sido orientada pela mensuração, sendo associado o ato de avaliar ao ato de medir os conhecimentos adquiridos pelos alunos. Porém, avaliar tem uma intenção pedagógica que necessita de uma atitude e saber específicos que devem ter em consideração os contextos de cada sujeito e do grupo em que está inserido, bem como o respeito pelos valores vigentes que, naquilo que à avaliação formativa diz respeito, consistem na reflexão sobre todos os fatores que interferem na formação (Barroso, 2009).

Um dos estudos que nos merece mais atenção, no que diz respeito à problemática da avaliação da aprendizagem foi o realizado por Carvalho (2004), que estudou precisamente a *“Avaliação da aprendizagem em Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem”*. Segundo este autor, os resultados do estudo evidenciam uma sobrevalorização do rendimento escolar em detrimento da aprendizagem. Os supervisores entendem que os estudantes aprendem conteúdos de diversas áreas, já os estudantes enfatizam a aprendizagem relacionada com os conteúdos procedimentais. Segundo Warren (1987 cit. por Carvalho, 2004) os estudantes atribuem maior valor à aprendizagem que ultrapassa a simples aquisição de saberes. Para estes as informações recolhidas através das formas de avaliar usadas pelos enfermeiros tutores não espelham a realidade, podendo até ser enganadores.

Para Alarcão e Tavares (2003), a avaliação representa uma das maiores dificuldades do tutor e alguns apenas usam a avaliação como verificação, o que induz ao desaproveitamento do seu efeito positivo sobre a aprendizagem.

Segundo Ferreira (2008) a avaliação não deve ser usada pelo enfermeiro tutor só como um processo de controlo da aprendizagem realizada, mas acima de tudo como meio de diagnóstico.

É importante enfatizar que avaliar é diferente de classificar. Para Carvalho (2004, p. 122, 123), a avaliação *“(…) é uma operação descritiva e informativa nos meios que emprega, formativa na intenção que lhe preside e independente face à classificação (…)* A avaliação interpreta conhecimentos, atitudes e aptidões que o aluno já adquiriu (...)”, por sua vez, a classificação *“(…) compara os resultados de um aluno com os outros elementos”*.

Também Ferreira (2008) defende que a avaliação permite a aquisição de informações sobre os conhecimentos, competências e aptidões que são desenvolvidas pelos estudantes, o que possibilita a adoção, pelo enfermeiro tutor, de estratégias adequadas a uma aprendizagem bem-sucedida. Para Afonso (1998 cit. por Ferreira, 2008) a

avaliação formal compara as atividades realizadas pelos sujeitos pertencentes ao mesmo grupo, conferindo-lhes um caráter seletivo e competitivo.

A avaliação informal pode ser perspectivada como uma avaliação formativa, enquanto a avaliação formal está adjacente à sumativa.

A avaliação formativa pode definir-se por um conjunto de práticas integradas no processo de ensino aprendizagem e que têm como objetivo orientar o estudante na aprendizagem, no sentido de construir um percurso de formação positivo, não só, em relação à aquisição de conhecimentos científicos, mas também relacionais, sociais, afetivos e sociais. Caracteriza-se por ser construtiva, isto é, o enfermeiro tutor acompanha o estudante pelas frequentes apreciações do seu desempenho e analisa em conjunto com este os vários problemas, situações ou questões que vão aparecendo ao longo do ensino clínico. O objetivo maior destas reflexões é o de orientar o estudante, estruturar e adequar os conhecimentos teóricos ao contexto (Ferreira, 2008).

Avaliação formativa tem, assim, um caráter dinâmico e emerge como instrumento essencial do enfermeiro tutor para diagnosticar no início e ao longo do ensino clínico os conhecimentos, aptidões e interesses, revelando os progressos da aprendizagem e feitos do ensino. O estudante perspetiva-a como auxiliadora, uma vez que não lhe confere um caráter punitivo. Com o recurso a este tipo de avaliação a relação entre o enfermeiro tutor e o estudante torna-se mais interativa e flexível, o que é benéfico para a aprendizagem (Ferreira, 2008).

A avaliação sumativa é classificativa, ou seja, permite reprovação/aprovação decidir a passagem ou a reprovação do estudante. Esta deve traduzir o resultado final de uma análise, em pormenor, distanciando-se do pontual e focalizando-se no global do percurso do estudante (Alarcão e Tavares, 2003).

Podemos ainda distinguir outro tipo de avaliação que é a diagnóstica, a qual deve ser feita no início do ensino clínico, com o intuito de conhecer os estudantes e as suas competências e, assim, delinear estratégias para que os objetivos, que também são definidos no início de cada ensino clínico e que são dados a conhecer ao estudante e ao tutor, sejam atingidos. Será esta primeira apreciação que irá permitir avaliar a evolução do estudante.

Devem, ainda, existir ao longo do ensino clínico vários momentos de avaliação formativa, também com a finalidade de o estudante ter a perceção de como está a decorrer

a sua aprendizagem neste contexto. Assim, os conflitos e incongruências de opinião entre avaliador e avaliado podem ser diminuídos no momento da avaliação final (Carvalho, 2004).

A avaliação pode também, ser definida pelas suas funções distinguindo-se entre: orientadora que serve para escolher as vias de ensino mais apropriadas; reguladora no sentido de conduzir de forma constante o processo de aprendizagem e certificadora quando é pretendido fazer o ponto da situação sobre as competências que já foram adquiridas (Carvalho, 2004).

Em resumo, o enfermeiro tutor deve ser um facilitador da aprendizagem do estudante em todos os âmbitos: relacional, cognitivo ou técnico. Este dispõe de um conjunto de estratégias, que lhe irão permitir orientar o estudante ao longo do seu percurso formativo, para que a avaliação sumativa constitua um momento formativo e construtivo (Ferreira, 2008).

As escolas devem ser agentes de mudança, tentando influenciar de forma positiva os cuidados prestados à comunidade. Devem, por isso, ter como função formar os alunos no âmbito científico e técnico, mas igualmente atentar à formação humana (Carvalho, 2004).

Depois de uma pequena contextualização acerca da avaliação iremos focar-nos na análise das entrevistas da qual emergiu a categoria avaliação da aprendizagem e que está relacionada com as subcategorias instrumento de avaliação; função formativa; função classificativa, estando representadas no quadro 5.

Quadro 5 – Avaliação da Aprendizagem

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS
Avaliação da Aprendizagem	Instrumento de Avaliação
	Função Formativa
	Função Classificativa

Instrumento de Avaliação

Relativamente à subcategoria instrumento de avaliação podem referir-se as seguintes unidades de registo:

“Aquela folha é muito relativa e agora já não tenho dúvidas no preenchimento, mas no início pensava: bem eu nem dou bom, nem dou suficiente... era um bocado complicado” E1;

“O instrumento de avaliação tem vários aspetos, desde a capacidade técnica, a capacidade comunicacional, a questão da continuidade de cuidados, aspetos éticos... portanto é bastante abrangente” E2;

“O instrumento de avaliação é pouco claro e muitas vezes não se adapta ao contexto” E8;

“A grelha de avaliação está um pouco desajustada aos cuidados de saúde primários” E9;

“No instrumento de avaliação da escola há muitas coisas em que não se aplica e que deveria ser reestruturado para cada local de estágio, porque há lá muitas coisas que não conseguimos avaliar”, E10.

Para avaliarmos é importante a definição de objetivos, para que possamos, assim, avaliar com clareza e justiça. Na educação os objetivos foram alvo de críticas e houve quem os considerasse redutores da aprendizagem. Contudo, estes são uma necessidade para que estudantes e professores os utilizem como guia de orientação do percurso a seguir. Embora enunciar os objetivos tenha um cariz prioritário para o professor estes por si só não chegam, é importante que se definam critérios para avaliação dos objetivos (Carvalho, 2004).

Avaliar de forma estruturada pressupõe que esta seja realizada obedecendo a um conjunto de etapas. Logo, ao planificar o ensino clínico é necessário que a avaliação seja igualmente planeada. Como anteriormente referimos é essencial a formulação de objetivos, que é a etapa inicial, seguidamente são definidos os critérios para dar resposta aos objetivos, a elaboração do instrumento de avaliação e o recurso aos diferentes tipos de avaliação para alcançar os objetivos delineados. Devemos esclarecer e distinguir entre a formulação de objetivos para o estudante e para o professor, sendo que para o primeiro devem ser delineados no sentido da aprendizagem e para o segundo no sentido do ensino

(Carvalho, 2004). Iremos incidir sobre os primeiros, uma vez que se trata de avaliação da aprendizagem.

Assim, em ensino clínico, a Escola Superior de Enfermagem do Porto, disponibiliza ao enfermeiro tutor, juntamente com o guia de estágio, onde constam os objetivos, o instrumento de avaliação da componente estágio. Este expõe, de forma estruturada, os pontos a avaliar e divide-se nas competências específicas que o estudante deverá desenvolver naquele ensino clínico em particular. O tutor pode atribuir a classificação de muito insuficiente (0-5); insuficiente (6-9); suficiente (10-13); bom (14-17); muito bom (18-20). Neste documento o enfermeiro tutor tem ainda espaço para, em texto livre, expor a forma como o estudante progrediu ao longo de todo o ensino clínico e focar os aspetos que este deve desenvolver.

Embora este instrumento esteja bem estruturado e responda às exigências curriculares para aquele ensino clínico, para alguns dos participantes não é muito claro. Têm dificuldade na interpretação do seu conteúdo e alguns até consideram que não é adaptado ao ensino clínico que estão a orientar. Tal como está ilustrado nas unidades de registo acima referidas.

Conquanto a utilização de um instrumento de avaliação seja necessária, pois esta ajuda à atribuição de uma nota, a sua criação é cercada de polémica e não é fácil a compreensão de alguns itens o que torna mais difícil a sua quantificação (Carvalho, 2004).

Com o intuito de colmatar esta falta de compreensão acerca do instrumento de avaliação, a qual pode levar a uma avaliação do estudante menos justa, este deveria ser apresentado e explorado numa reunião formal que poderia ocorrer no início de cada ensino clínico e na qual estariam presentes o docente, o enfermeiro tutor, o enfermeiro responsável do serviço e o estudante.

Função formativa

Depois de executadas todas as tarefas necessárias para o início do ensino clínico é preciso que o enfermeiro tutor acompanhe, de forma estruturada, o estudante ao longo da sua aprendizagem neste contexto. Para tal, deve recorrer à função formativa da avaliação que, como já anteriormente referimos é “... *avaliação que ajuda a crescer e a desenvolver*”

se intelectualmente, afetiva, moral e socialmente.” (Méndez, 1993, p.29 cit. por Carvalho, 2004, p. 124).

A função formativa foi outra das subcategorias que foi encontrada associada à categoria avaliação da aprendizagem. Tal como as seguintes unidades de registo ilustram:

“O aluno ter que querer aprender, tem que saber que precisa de aprender, e que está numa situação de aprendizagem (...) tem que ter um espírito aberto e tentar perceber que a reflexão é das coisas mais importantes” E1;

“No final dos cuidados tenho sempre o cuidado de questionar o aluno sobre aquilo que aconteceu de maneira a perceber se ele cumpriu aquele objetivo e caso não tenha cumprido fazê-lo chegar lá, portanto reflexão” E6;

“(...) tentar suscitar-lhes curiosidade, tentar ir de encontro aquilo que querem aprender, procurar perceber quais são as necessidades deles e ir incentivando quando fazem bem” E9;

“O que valorizo mais na avaliação é o que o aluno aprende”,E6;

“(...) é importante que se passe esta mensagem de que a avaliação não é punitiva, é exatamente uma forma de melhorar a aprendizagem deles e portanto a avaliação, sendo contínua e havendo esta partilha com o estudante acaba por ser muito mais facilitada” E2.

Da análise dos resultados pode afirmar-se que os enfermeiros tutores fazem uma avaliação contínua, ou seja, demonstraram que fazem um acompanhamento constante do estudante, com vários momentos de reflexão sobre as práticas no sentido de verificarem se houve compreensão. Focam o uso do *feedback* como estratégia de supervisão em ensino clínico e destacam a reflexão como fulcral na aprendizagem.

Com efeito, a avaliação contínua, crítica e construtiva sustentada no diálogo e na reflexão são os ingredientes essenciais para a formação de uma escola reflexiva, que se pressupõe como a escola atual (Alarcão e Tavares, 2003).

É sustentado por vários autores a importância de cada enfermeiro perceber que a formação inicial deve ser entendida como o início da formação contínua que o deve acompanhar ao longo de toda a sua carreira (Perrenoud, 1993 cit. por Pires, 2004). D’Espiney (1997 cit. por Pires 2004, p.173) refere que *“a produção de saber requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de*

ideias, de debate. Refletir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início”.

Desta forma, a aprendizagem reflexiva e vitalícia deve ser parte integrante da prática profissional. A supervisão reflexiva opera-se como essencial para tal

É condição fundamental para que haja transformação da experiência em conhecimento, que sobre ela se debruce um complexo processo de reflexão, de consciencialização de forma a converter a experiência daquilo que foi vivido em conceptualização do real (Schön, 1987; Pineau, 1991; Dominicé, 1991; Josso, 2002 cit. por Serra, 2013).

Com efeito, sustentar o desenvolvimento do ensino clínico na prática reflexiva é defendido, por vários autores como fundamental na aprendizagem do estudante. Santos e Fernandes (2004, cit. por Pinto, 2011) mencionam que a reflexão implica uma atitude voluntária e intencional de quem pretende refletir, o que leva a que esse sujeito esteja aberto à mudança em termos de conhecimentos e valores pessoais. Ainda Pinto (2011) profere que a aprendizagem é mais do que a soma ou acumulação de saberes, construindo-se através de reflexão das práticas. Para Alarcão (2001) a formação reflexiva está inerente ao desenvolvimento profissional e humano, ou seja, é o resultado do sujeito construído através da experiência.

A aprendizagem reflexiva exige a adoção de um conjunto de atitudes necessárias à ação reflexiva, tal como defende Dewey (cit. por Simões, 2004) que são a abertura de espírito que se refere à vontade de se ouvir mais do que uma opinião, de pensar em alternativas e de admitir a possibilidade do erro; a responsabilidade que se relaciona com a cuidadosa ponderação das consequências de determinada ação quer sejam consequências pessoais, académicas ou sociais. Por fim, a sinceridade pois só através da sinceridade o profissional pode ser valorizado pelo outro e assim experienciar o envolvimento e empoderamento (*empowerment*) para mudar.

No relatório da UNESCO, tal como anteriormente já referimos, (Delors et al, 1996) defendem que os sistemas educativos devem basear-se em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em conjunto e aprender a ser. Este reconhecimento torna-se fulcral no ensino de enfermagem, especialmente em ensino clínico, pode inclusivamente afirmar-se que a competência metacognitiva é a mais

desejável neste tipo de aprendizagem (Pettengill et al, 1996; Carvalho, 2004 cit. por Santos, 2009).

De facto, a reflexão leva à construção de conhecimento metacognitivo e identidade. Logo, o processo reflexivo assume-se como estratégia processual da supervisão nos vários contextos: formação inicial, ou seja em ensino clínico, formação contínua que é a prática clínica profissional ou mesmo em contexto de sala de aula e prática laboratorial (Santos, 2009).

O ato de refletir exige treino, compete ao enfermeiro tutor encetar o estudante neste processo. Para tal, também o orientador deve conhecer o processo de reflexão, que, segundo Donald Schön (1997) inclui três fases: a reflexão para a ação que é prévia à sua realização; reflexão na ação a qual se pratica durante a ação e reflexão sobre a ação que se realiza depois da prática. A aprendizagem em ensino clínico exige, pois, reflexão sobre a prática.

O processo de reflexão leva o estudante a progredir e a construir a sua forma pessoal de conhecer. Porém a reflexão só acontece se o estudante tiver uma base de conhecimentos sobre os quais possa refletir (Alarcão, 2001).

A aprendizagem que leva à aquisição de competências é realizada ao longo da vida e depende, em parte da história pessoal e resulta de um processo complexo. Para que a aprendizagem seja consistente necessita de ser um processo *“refletido, construído na primeira pessoa e aberto à desconstrução que traz novo conhecimento e permite dar passos em frente”* (Correia, 2002 cit. por Santos, 2009, p. 94). Para que o sujeito esteja disponível para a “desconstrução” deve adotar uma postura de constante interrogação sobre a realidade. Domenjó (2006 cit. por Santos, 2009: 94), enumera algumas atitudes que apoiam essa tomada de consciência: *“a observação atenta, o manter a mente de principiante, no sentido de que não se sabe tudo, a curiosidade, o pensamento crítico, ver a realidade tal como ela é, não no sentido do que gostaríamos que fosse, a humildade para tolerar alguma falta de competência e a presença física e mental.”* O processo de reflexão desenvolve o autoconhecimento, capacitando o sujeito para determinar as suas ações, revendo de forma.

O *feedback* foi mencionado pelos participantes como essencial para a função formativa da avaliação da aprendizagem.

“O feedback, que é muito importante, o feedback positivo, porque há sempre alguma coisa positiva... não descurando as coisas que têm potencial de melhoria e debater estas questões não em jeito de avaliação ou punição mas referindo sempre que este é o processo de desenvolvimento dele e que este é o nosso papel: o de o potenciar”, E2.

Esta é, realmente, uma estratégia muito usada em supervisão e considerado como uma das mais relevantes na formação em contexto clínico (Clynes e Raftery, 2008 cit. por Pinto, 2013). Tem como principal função promover a consciencialização do formando sobre o seu desempenho (Rocha, 2013) e tem como finalidade a mudança ou reajuste da prática (Collins, 2004 cit. por Pinto, 2013).

O *feedback* pode ser negativo, quando o seu objetivo é corrigir, de forma construtiva um comportamento ou atitude; positivo quando a tem intenção de reforçar um comportamento (Eraudt, 2006 cit. por Pinto, 2013).

Com efeito, o *feedback* está fortemente relacionado com o processo reflexivo na prática profissional, podendo, na sua ausência o supervisionado desenvolver sentimentos de insegurança, incerteza e até distanciar-se dos objetivos propostos (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005 cit. por Pinto, 2013). Os supervisores, devem, assim, prestar *feedback* de forma atempada e que vá de encontro às expectativas dos supervisionados com vista a potenciar autonomização e autoperceção que contribuem para o desenvolvimento de competências de autoavaliação (Ende, 1983 cit. por Pinto, 2013). Quando este não é prestado no momento oportuno poderá ter um cariz destrutivo (Raftery, 2001 cit. por Clynes e Raftery, 2008). Assim, para que o uso do *feedback* se revele frutífero é necessário que haja preparação do supervisionado para o receber, percebendo como construtivo para o desenvolvimento da aprendizagem e o supervisor deve facultá-lo de forma clara e objetiva (Sealey, 2006 cit. por Pinto, 2013). Deve ser, ainda, ser baseado não apenas nas competências como também nos comportamentos e atitudes observados (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005; Menachery et al., 2006 cit. por Pinto, 2013). Igualmente, o *feedback* deve ser prestado num ambiente reservado de forma a diminuir os níveis de *stress* nos seus intervenientes (Clynes & Raftery, 2008; Collins, 2004 cit. por Pinto, 2013). Pois para que esta estratégia seja aplicada de forma adequada terá que obedecer a um conjunto de requisitos: estabelecimento de objetivos com o estudante; ter um *timing* adequado; ser realizado no contexto e com a linguagem adequada e o aluno deve ser preparado para o receber (Clynes e Raftery, 2008).

Sucintamente, podemos dizer que o uso do *feedback* é uma ferramenta essencial no desenvolvimento de um “eu” reflexivo tão importante na construção da identidade de um profissional de enfermagem. O enfermeiro tutor deve, assim, ser encorajado a usá-lo como estratégia na orientação de estudantes na aprendizagem em ensino clínico.

De facto, o conceito de aprendizagem que hoje em dia é defendido fundamenta muito da sua ação numa avaliação que seja para a compreensão. Ou seja, é reforçado o peso que a compreensão, a autorregulação e a metacognição têm para a aprendizagem. Aprendizagem essa que é primordial para uma educação que é orientada para auxiliar os estudantes a aprender a aprender (Pozo, 1999 cit. por Carvalho, 2004). Assim, a avaliação, que se quer progressiva, deve estar sustentada, segundo Perkins e Unger (2000, cit. por Carvalho, 2004; 139) nos pressupostos:

- Definição de critérios de avaliação pertinentes, explícitos e abertos;
- Avaliações frequentes, embora com caráter mais informal;
- Utilização de múltiplas fontes;
- Progresso equilibrado e informação da planificação.

Carvalho (2004, p. 141) remata a discussão sobre a avaliação para a compreensão escrevendo: *“A adoção de uma avaliação, como a que defendemos, levará então a uma aprendizagem reflexiva, crítica e adaptada às necessidades da escola e da sociedade, numa perspectiva de formação de enfermeiros com o perfil preconizado pelas escolas.”*

Função classificativa

Centrando-nos, agora na última subcategoria que emergiu da categoria avaliação da aprendizagem e que designamos de função classificativa, temos as seguintes unidades de registo:

“Entendo a avaliação como processo de aprendizagem que se vai construindo ao longo do ensino clínico” E3

“Nós damos uma nota mas depois nunca sabemos qual é que a professora dá, porque depois, se calhar, achamos que foi um bocadinho injusto” E4;

Os participantes dão mais relevo à função formativa da avaliação, o que vai de encontro ao modelo de avaliação da aprendizagem atual. Contudo, consideram, igualmente, que a função classificativa da avaliação é necessária. O que, também, está de

acordo com o que os teóricos que se debruçam sobre este assunto referem pois que uma das funções da avaliação é a certificadora. E, qualquer um dos momentos de avaliação desempenha um papel fundamental na aprendizagem em ensino clínico, não podendo esta componente da avaliação ser sobrevalorizada (Carvalho, 2004).

Apesar de reconhecerem a sua importância no processo de acompanhamento de estudantes em ensino clínico, os enfermeiros tutores sentem que a sua opinião e a avaliação que fazem não é valorizada como deveria. Sentem, igualmente, que não lhes é dado *feedback* em relação à nota final do estudante naquele ensino clínico.

Importa, ainda referir que a responsabilidade final da avaliação do estudante é do docente, tal como está descrito no estatuto da carreira docente (alínea 5 do despacho de 1/87), e que diz que a colaboração dos serviços não rejeita a intervenção dos docentes em ensino clínico e que é destes, também, a responsabilidade de orientar e avaliar a aprendizagem do aluno.

A dificuldade em objetivar o desempenho do estudante numa classificação qualitativa ou quantitativa, traduz-se na insuficiência ao nível das competências para a avaliação dos estudantes (Serra, 2007).

Esta ideia é corroborada pela afirmação de um participante do estudo quando refere que:

“Eu acho que temos enfermeiros tutores que têm alguma dificuldade em dar “más notas” porque têm pena... mas nós não estamos aqui para ter pena, nós temos que pensar que os alunos é que fazem o percurso deles e nós somos só um fio condutor”, E7

Por fim, consideramos pertinente referenciar Carvalho (2004) que refere que a avaliação deve ser democrática, centrando-se nos que são avaliados, e não autocrática, ou seja, em função do professor ou burocrática focando-se na instituição. A opção por um destes estilos de avaliação tem consequências sérias para a aprendizagem.

O autor supracitado questiona, ainda, se o sistema de ensino está realmente interessado em que todos aprendam. Referindo que a avaliação é uma tarefa com duas funções diferentes: a pedagógica que está ao serviço da melhoria dos processos de ensino aprendizagem e a função social que se caracteriza pela acreditação dos níveis de capacitação alcançados pelo estudante. Com efeito é discutível que os alunos com melhores classificações sejam aqueles que se revelam “melhores” noutros campos. Assim, torna-se

importante distinguir, segundo Trillo (1999 referenciado por Carvalho, 2004), entre aprendizagem, rendimento e conhecimento. Este autor considera que aprendizagem é o estabelecimento de relação com a informação, experiência e conhecimentos prévios com vista a extrair significado. Aprender é estrada aberta à experiência, procurar racionalizá-la e dar-lhe significado. O rendimento, segundo o mesmo autor, é caracterizado pela resposta que o estudante dá a um padrão, fixado antecipadamente, que é usado pelos professores para estabelecer comparação. Já o conhecimento, é do domínio público e partilhado por todos. É aquilo que é convencionado pela ciência e pela sociedade sobre quais as explicações aceites sobre a realidade.

Em resumo, podemos referir que a avaliação é um processo sistémico que acarreta um juízo de valor sobre aquilo que está a ser avaliado. Deve fazer parte do processo de ensino aprendizagem e pautar-se pelo paradigma construtivista. Porém, a avaliação em ensino clínico, não sendo praticada de forma estruturada e fundamentada, pode condicionar uma aprendizagem significativa que deve conduzir-se por processos metacognitivos. Verifica-se que o processo de avaliação pode provocar desconforto tanto no avaliador como no avaliado, não pela sua importância mas pelos métodos e processos usados para o seu desenvolvimento (Carvalho, 2004). Urge formar profissionais para acompanharem adequadamente os estudantes em ensino clínico, o que inclui formar para praticarem uma efetiva avaliação da aprendizagem.

CONCLUSÃO

O ensino clínico é o local por excelência para o desenvolvimento de competências nos estudantes de enfermagem. Tendo esta disciplina uma componente prática muito importante, a aprendizagem nestes contextos é muito significativa. Da aprendizagem em ensino clínico emergem diferentes atores: o estudante, o docente e o enfermeiro tutor.

Ao longo da experiência pessoal como enfermeira tutora e nas discussões informais com os colegas acerca da orientação de estudantes em ensino clínico, deparamo-nos com inúmeras questões e até dificuldades no desempenho do papel de enfermeiro tutor. Estas são confirmadas pelos estudos que têm sido desenvolvidos nesta área. Watson (2000) demonstrou, no seu estudo, que o papel de enfermeiro tutor necessita de apoio. Também Dixe (2007 cit. por Cunha *et al*, 2010) concluiu que os tutores sentem dificuldade no desempenho do seu papel por desconhecimento no que diz respeito ao desempenho, bem como aos conhecimentos lecionados na escola.

O processo de orientação de estudantes em ensino clínico reveste-se, portanto, de grande complexidade, havendo muitas variáveis que podem condicionar este processo. Foi com o intuito de compreender os fatores que influenciam o acompanhamento de estudantes em ensino clínico, na perspetiva dos enfermeiros tutores, que este trabalho se desenvolveu.

Neste sentido, propusemo-nos a compreender os fatores que influenciam a supervisão de estudantes em ensino clínico.

Do estudo que realizamos e que foi de natureza qualitativa, emergiram cinco categorias: planeamento do ensino clínico; competências do enfermeiro tutor; conteúdos

da aprendizagem; relação pedagógica e avaliação da aprendizagem. A análise dos resultados obtidos vai de encontro aos estudos que têm sido desenvolvidos nesta área.

No que diz respeito ao planeamento do ensino clínico, este estudo demonstrou que não existe um conhecimento adequado do guia de estágio e que este não é encarado como uma ferramenta importante para o conhecimento da forma como o estágio se irá desenvolver. De uma maneira geral, o enfermeiro tutor limita-se a informações que estão relacionadas com a duração do estágio e às habilidades que o estudante deve desenvolver ao longo do ensino clínico.

O plano de estudos foi outra das subcategorias que emergiu do planeamento do ensino clínico. Alguns participantes consideraram que a introdução dos ensinamentos clínicos deveria ser mais precoce. A mudança do paradigma de ensino aprendizagem que levou a passagem do paradigma positivista para o cognitivo construtivista fez com que a forma como se organizam os ensinamentos clínicos seja diferente.

Os ensinamentos clínicos não podem, assim, ser perspectivados como mero local de aplicação da teoria à prática (racionalidade técnica) mas como uma oportunidade única de construção do saber baseado nos conhecimentos anteriores partindo de situações reais e tendo como adjuvantes o docente e o enfermeiro tutor. Como nos refere Carvalho (2003, p.12) o ensino clínico “ (...) é muito mais abrangente e globalizador do que isso: é um modo de aprender a partir da sua própria experiência, desenvolvendo todas as dimensões: técnica, cognitiva e relacional.”

Notamos, ao longo deste estudo, que os enfermeiros tutores não conhecem muito do percurso do estudante. Embora considerem importante a aquisição desse conhecimento, tal não é considerada uma grande lacuna para o desenvolvimento do ensino clínico e o desempenho do seu papel de tutor. Por isso, seria enriquecedor a sua apresentação no início de cada ensino clínico de forma a que lhe fosse atribuída a devida importância para a orientação de estudantes neste contexto e a consequente aprendizagem.

A seleção do enfermeiro tutor foi outro dos nossos focos de reflexão. Os participantes referiram três formas distintas: aleatória, voluntária e por nomeação do enfermeiro chefe. De facto, em estudos referenciados por Serra (2013) é referida a forma pouco clara como é feita esta seleção e é dada ênfase à necessidade de formação específica para os enfermeiros tutores.

Outra das subcategorias que surgiu da análise dos resultados foi a distribuição dos estudantes. Todos os tutores referiram que não encontram benefício no acompanhamento de dois estudantes em simultâneo. No entanto, num dos campos de estágio tal acontece, pois os recursos disponíveis assim o obrigam, o que nos leva a refletir no planeamento do ensino clínico e na hipotética necessidade de reestruturação da distribuição dos estudantes, tendo em conta o número de enfermeiros tutores disponíveis. Todavia, sabemos que a gestão dos recursos na organização dos campos de estágio não é tarefa fácil, uma vez que os alunos são muitos e os recursos poucos. Apesar disso, na Unidade Local de saúde de Matosinhos esta realidade está apenas patente em alguns campos de estágio. Embora saibamos que este estudo não nos permite generalizações, das entrevistas realizadas em nove campos de estágio diferentes, apenas num não existe a relação de um estudante para um enfermeiro tutor.

A subcategoria modelo de acompanhamento em ensino clínico transporta-nos para a discussão em torno da presença do docente em ensino clínico. Todos os participantes consideram o modelo partilhado de acompanhamento em ensino clínico como o mais adequado. Porém, os enfermeiros tutores identificam nele várias lacunas. Estes sentem que ainda não existe um efetivo trabalho em parceria e que a presença do docente nos campos de estágio é diminuta.

É referido por alguns autores, nomeadamente Simões (2004) que as dificuldades de relacionamento entre a instituição de saúde e a instituição de ensino devem-se, principalmente, à falta de comunicação entre os dois intervenientes.

Este trabalho centrou-se na opinião do enfermeiro tutor acerca da forma como se processa a aprendizagem em ensino clínico. Para tal este também tem que ter desenvolvidas competências pedagógicas, pessoais e profissionais. Os participantes do estudo referiram-se, na sua maioria, às competências científico-pedagógicas e às competências pessoais, referiram, também, as competências profissionais, no entanto não as focaram tanto. Pensamos que tal facto está relacionado com a ideia de o enfermeiro tutor deve ser um perito da prática clínica estando esta competência subentendida.

Com efeito, o enfermeiro tutor deve ter desenvolvido todas as competências acima elencadas. Para que o próprio se consciencialize é fundamental que tenha formação em supervisão clínica em enfermagem em contexto formal.

A aprendizagem, nomeadamente a aprendizagem em ensino clínico, surgiu também como outra das áreas a refletir. Houve, de facto, nos últimos tempos, uma alteração de paradigma de ensino aprendizagem, sendo dada relevância à aprendizagem em detrimento do ensino. Tal tornou fundamental que se operassem mudanças nas estruturas curriculares dos cursos de enfermagem. Estes tornaram-se mais centrados na aprendizagem ao longo da vida, na reflexão sobre as práticas, na interação com o meio e no saber agir em contexto em constante mudança e revestidos de imprevisibilidade. A competência metacognitiva é a mais desejável para o desenvolvimento deste tipo de aprendizagem (Rua, 2009). Refletimos, então sobre os conteúdos da aprendizagem, uma outra categoria que emergiu da análise das entrevistas, o estudante deve, assim, desenvolver ao longo do ensino clínico conteúdos verbais, procedimentais e atitudinais. Os participantes no estudo consideraram todos eles como importantes para a aprendizagem. No entanto, enfatizaram a postura dos estudantes. Efetivamente, existe uma diferença significativa na forma de estar do estudante na atualidade. Tal pode ser perspectivado de duas maneiras: as mudanças socio culturais e a assunção do paradigma cognitivo construtivista como o mais desejável para a aprendizagem

Com efeito, a formação deve colocar o estudante no centro do processo pedagógico (Martin, 1991 cit. por Carvalhal, 2003). O objetivo máximo do curso superior de enfermagem é formar enfermeiros competentes, o que implica o desenvolvimento de modalidades de formação e processos de ensino e aprendizagem que desenvolvam nos estudantes competências e saberes (Carvalhal, 2003). Deve-se, assim, ter em mente que quando se ajuda a formar um profissional não o estamos a fazer apenas para a profissão, mas para a vida.

Para ajudar a formar o estudante é importante que se crie uma relação que seja promotora da aprendizagem. A relação pedagógica foi outra das categorias que emergiu da análise de conteúdos realizada. Todos os participantes identificaram o estabelecimento de uma relação de apoio e ajuda com o estudante como muito importante para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa. São vários os autores que referem a importância de uma relação de proximidade entre professor e estudante, pois o distanciamento provoca a inibição do estudante (Salgueiro, 2001; D'Espiney, 1997 cit por Belo, 2003). Levam-nos, assim a refletir na necessidade de os enfermeiros tutores desenvolverem competências comunicacionais e relacionais.

A última categoria que emergiu da investigação efetuada foi a avaliação da aprendizagem. Esta é, sem dúvida, uma das áreas mais discutidas em ensino clínico, pelo seu peso a nível social e as repercussões que pode ter para o futuro do estudante.

Da nossa investigação concluímos que o instrumento de avaliação é considerado como pouco claro ou adequado ao ensino clínico. Consideramos, assim, necessário que o instrumento de avaliação seja apresentado e explorado, no início de cada ensino clínico, para que não suscite dúvidas aquando da sua aplicação. Num estudo desenvolvido por Serra (2007), destaca-se uma insuficiência ao nível das competências para avaliação dos estudantes, tal facto parece dever-se à dificuldade em objetivar o desempenho do estudante numa classificação qualitativa ou quantitativa, traduzindo-se num receio de prejudicar o aluno.

Ao longo deste estudo os participantes conferiram destaque à função formativa da avaliação e ao recurso ao processo reflexivo como forma de alcançar aprendizagem significativa, usando como estratégia o *feedback*. Veilleux (1998 cit por Santos, 2009, p.45) sustenta que *“... a reflexão e a formação constituem duas bússolas que podem ajudar a traçar o itinerário de uma viagem em direção à compreensão renovada da natureza dos cuidados de enfermagem.”*

Também Carvalho (2004, p. 138) refere que *“(...) a formação terá que assentar em pressupostos construtivistas, com apelo à reflexão e reforço acentuado nos mecanismos metacognitivos.”* Com efeito, o que separa um profissional experiente de um recém-formado não é a quantidade mas a qualidade do saber e a capacidade de relacionar, seleccionar, ajustar, adaptar ao contexto, mobilizando os conhecimentos sem esforço e com rapidez e espontaneidade. Os enfermeiros recém- formados devem possuir o saber declarativo e processual, mas têm em falta o saber contextual que advém da experiência. A prática e, sobretudo, a prática refletida são essenciais para o crescimento da profissão e desafia os enfermeiros a ultrapassarem a aplicação rotineira de regras e processos mas, também, a dar resposta a questões novas.

A responsabilidade, de orientar a prática do estudante, deve ser partilhada pelas instituições de ensino e instituições de saúde a que compete formar o estudante para que este saiba de forma autónoma crítica e motivada, adotar um papel construtivo na sua aprendizagem ao longo da vida. Desta forma, os estudantes devem ser ensinados a compreender e usar os recursos pessoais de forma a refletir sobre as suas ações e ter maior

controlo sobre os seus processos de aprendizagem. Neste estilo de aprendizagem a metacognição é fulcral (Zeindner, Boekaerts e Pintrich, 2000; Zimmerman, 1998 cit. por Pinto, 2011).

A função classificativa da avaliação foi outra das subcategorias que emergiu da investigação efetuada. O que se denota é que os participantes dão mais relevo à função formativa, o que vai de encontro ao modelo de avaliação da aprendizagem atual. Contudo, consideram, igualmente, que a função classificativa é necessária. O que está de acordo com o que os teóricos que se debruçam sobre este assunto referem pois uma das funções da avaliação é a certificadora. E, qualquer um dos momentos de avaliação desempenha um papel fundamental na aprendizagem em ensino clínico, não podendo esta componente da avaliação ser sobrevalorizada (Carvalho, 2004). Apontaram como falha o facto de não lhes ser dado conhecimento da classificação final do estudante.

A conceção de avaliação deve rejeitar a procura de êxito a nível académico como principal finalidade, uma vez que este não deve ser o objetivo central da educação (Méndez, 1993 cit. por Carvalho, 2004). A evolução na aprendizagem deve ocupar esse lugar.

No final da realização deste trabalho sentimos que conseguimos responder à pergunta de partida e que os objetivos foram alcançados.

Como conclusão final pensamos que urge criar condições para a formação estruturada em supervisão clínica para os enfermeiros tutores. Sendo o planeamento do ensino clínico uma atividade minuciosa do professor, consideramos que dela deveria constar, para além da reunião que existe no início de cada ensino clínico com o enfermeiro responsável dos serviços de saúde, uma reunião com os enfermeiros tutores no sentido de lhes apresentar o guia de estágio, o instrumento de avaliação e algumas informações acerca do plano de estudos, promovendo, assim, a comunicação entre docente e enfermeiro tutor. Pensamos, igualmente, que seria vantajoso o tutor ter conhecimento do modelo de conceção de cuidados em uso na instituição de ensino, pois tal vai refletir-se na aplicação do processo de enfermagem o que pode ter reflexos na aprendizagem dos estudantes na prática clínica.

Devemos, ter sempre presente que o fim último da supervisão de estudantes em ensino clínico é orientar os estudantes no sentido de se tornarem autónomos, criativos e emancipados (Santos, 2009).

A supervisão de estudantes em ensino clínico é uma área que tem provocado grande discussão nos últimos anos. De facto, é um território muito complexo mas de elevada importância. Esperamos que este trabalho dê algum contributo a esta temática uma vez que desocultou alguns dos fatores que influenciam a orientação de estudantes neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson – *Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Coimbra: Sinais Vitais (2002), p. 53-57.
- ABREU, Wilson Correia de - *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Sinais Vitais ,2003.
- ABREU, Wilson- *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007.
- ABREU, Wilson. - *Identidade, Formação e Trabalho*. Coimbra: Sinais Vitais, 2001
- ALARCÃO, Isabel – *Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- ALARCÃO, Isabel, TAVARES, José – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina, 2003.
- ALMEIDA, Teresa. – *Contributos da supervisão na gestão do stress dos alunos em ensino clínico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2004.
- AMENDOEIRA, José. – *Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX 1950-2003*. Coimbra: Formasau, 2006.
- BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 4ª edição, 2011.
- BARROSO, Isabel.- *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem. Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stresse nos estudantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, 2009.

BELO, Ana Paula- *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: perspectiva do aluno*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2003.

BENNER, Patrícia. - *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 2001.

BORGES, Catarina. - *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2010.

BORGES, Paula – *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas dos Supervisores*. Dissertação de Mestrado Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013.

CANÁRIO, Rui. - *A Escola tem Futuro? Das Promessas às Incertezas*. Porto Alegre, 2006.

CARVALHAL, Rosa - *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspetivas dos atores*. Loures: Lusociência, 2003.

CARVALHO, António Luís – *Fatores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem*. Universidade do Porto, 1996. Dissertação de Mestrado.

CARVALHO, António Luís. – *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CLYNES, Mary; RAFTERY, Sara– *Feedback: an essential element of student learning in clinical practice*. Nurse Education in Practice. Vol. 8 (2008) p. 405–411.

COLLIÈRE, Marie Françoise- *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2003.

CORREIA, Maria.- *Construção do currículo no ensino de enfermagem: um estudo de caso*. Loures: Lusociência, 2004.

COTTRELL, Steve - *Introduction to Clinical Supervision*. [Em linha] (2002) [Consult. 28 Julho 2014]. Disponível na internet: [WWW.URL:\[http:\\www.clinicalsupervision.com/introduction%20to%supervision.htm\]](http://www.clinicalsupervision.com/introduction%20to%supervision.htm)

CUNHA Madalena. *et al*- *Atitudes do Enfermeiro em contexto de Ensino Clínico: uma revisão da literatura*. Instituto Politécnico de Vise, 2010. Disponível em: repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/308/1/Atitudes%20do%20enfermeiro%20em%20contexto%20de%20ensino%20clínico%20uma%20revisão%20da%20literatura.pdf

DAMÁSIO, António.- *O erro de Descartes*. Mem Martins: Europa América, 2009.

Decreto-lei nº 107/2008 de 25 de junho. D. R. 1ª série, 2008.

Decreto-lei nº 219/99 de 18 de setembro. Plano de estudos dos cursos de licenciatura em enfermagem. D. R. nº 219, I Série B (18-09-1999), p. 6510 (2)- 6510 (3).

DELORS, J. & *et al.*- *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições Asa, 1996.

DESPACHO Nº 1/87- DR II Série 116 (21-05-1987)

Despacho nº 10503/2008. D. R. II série nº 70 (9-04-2008), p. 16050-16051.

Despacho nº 1078/2014. D.R. II série nº 159 (20-08-2014), p. 21683-21685.

DESPACHO Nº 8/1990- DR II Série 64 (17-03-1990)

DIAS, Maria Edite.- *Supervisão de estudantes em ensino clínico: a intervenção do tutor*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2010.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. Conteúdos programáticos do curso de licenciatura em enfermagem 2014/2015.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. Guia de estágio do ensino clínico de saúde familiar 2013/2014.

FERNANDES, Maria Isabel. O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, 2010.

FERREIRA, Maria José. – *Supervisão e Desenvolvimento de competências na relação de ajuda em enfermagem*. Dissertação de Mestrado Universidade de Aveiro, 2006.

FERREIRA, Sara. *Primeiro ensino clínico na perspetiva do estudante; das expectativas à prática*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2008.

FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata, 2009.

FRANCO, João. – O papel do docente e do enfermeiro no ensino clínico de enfermagem. Nursing. Nº 144 Maio (2000), p. 32-36.

GARRIDO, António; SIMÕES, João; PIRES, Regina. – *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GOLEMAN, Daniel.- *Inteligência Emocional*. Camarate: Círculo de Leitores, 15ª edição, 2010.

HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem – pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.

LAZURE, Hélène. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidata.

LONGARITO, Clementina.- O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Nº5 fevereiro (2002), p. 26-33.

MACEDO, Ana Paula - *A supervisão de Estágios em Enfermagem e a Articulação Interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho: Universidade do Minho. 2009. Dissertação de Doutoramento

MARTINS, Cláudia. *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*. Dissertação de Mestrado Universidade de Lisboa, 2009.

MESTRINHO, Maria. Guadalupe – *Ensino de Enfermagem: caminho de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência, 2012

MORIN, Edgar.- *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002

MORSE, Janice.- *Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 2007.

MOSELY, Laurence; DAVIES, Moira – *What do mentors find difficult?* *Journal of Clinical Nursing*, 2007 (p.1627-1634).

MYALL, Michelle.; LEVETT-JONES, Tracy; LATHLEAN, Judith. – *Mentorship in the contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors*. *Journal of clinical nursing*, 2008 (p.1834-1841)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010. [Consult. Nov-2012]. Disponível na internet: <URL:<http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Reflexões: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. [Em linha]. (2004) [Consult. jul. 2014]. Disponível na internet:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/?pg=eventos_compilid=10&ev=Reflexoes>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS- Regulamento do Perfil de Competências dos Enfermeiro de Cuidados Gerais. [Em linha]. (2011) [Consultado em jul 2014]. Disponível na internet : http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

PINHEIRO, Germana.- *Supervisão colaborativa e desenvolvimento profissional em enfermagem*. U. Dissertação de Mestrado niversidade de Aveiro, 2012.

PINTO, Cristina. *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto de formação inicial dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, 2011.

PINTO, Duarte. – *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013.

PIRES, Regina. – *Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional*. Dissertação de Mestrado Universidade de Aveiro, 2004.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUIVY, Raimond; Campenhoudt, Luc Van. – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 4ª edição, 2005

RIBEIRO, Isilda. - *Aprendizagem de valores profissionais no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologia, 2013.

ROCHA, Ana. – *Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspetiva dos supervisionados*. Dissertação de Mestrado Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014.

ROCHA, Inês – *Construção e Validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013.

ROGERS, Carl. - *Tornar-se Pessoa* , 7ª. Ed.. Lisboa: Moraes Editores, 1985.

RUA, Marília.- *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Dissertação de Doutoramento Universidade de Aveiro, 2009.

SANTOS, Elvira.- *Aprendizagem pela reflexão em ensino clínico-estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Dissertação de Doutoramento Universidade de Aveiro, 2009.

SCHÖN, Donald. – Educating the reflective practitioner. [Em linha]. (1987) [Em linha]. (1998). [Consult. Set. de 2013]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.thecommonwealthpractice.com/reflectivepractitionerreview.pdf>>

SERRA, Miguel. – *Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por Enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspetiva dos atores*. In RODRIGUES, Â. *Et al* – *Processos de formação na e para a prática de cuidados: Ciclo de colóquios*. Loures: Lusociência, 2007. (p. 125-173)

SERRA, Miguel.- *Aprender a ser Enfermeiro- construção identitária profissional para estudantes de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2013;

SERRANO, Maria Teresa. *Desenvolvimento de competências de enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, 2008.

SIMÕES, João, GARRIDO; António – Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. vol. 16, nº 4 (2007), p. 599-608.

SIMÕES, João. - *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes*. Dissertação de Mestrado Universidade de Aveiro, 2004.

SIMÕES, João; ALARCÃO, Isabel; COSTA, Nilza – Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*. Vol. 2, nº 6 (2008) p. 91-108.

SLOAN, G. – *Good characteristics of a clinical supervisor: a community mental health nurse perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30, nº 3, (1999), p. 713-722.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet- *Pesquisa Qualitativa- técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008

STREUBERT, Helen. J.; CARPENTER, Dona.- *Investigação qualitativa em enfermagem*. 4ª ed. Loures. Lusodidacta.2011.

WATSON, Jean- *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 1999.

WATSON, Steve.- The support that mentors receive in the clinical setting. *Nursing Education Today*, 2000. Consultado em novembro de 2012.

ZABALA, Antoni; ARNAU, Lau. – *Como aprender e ensinar competências*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Guião da Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Tema: Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: perspetiva do enfermeiro tutor

Bloco Temático: Apresentação

Objetivos	Ações a desenvolver
Motivar o entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Informar sobre o que se pretende do estudo;• Explicar a sua importância para a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE);• Explicar razões da escolha do entrevistado;• Assegurar confidencialidade;• Solicitar permissão para gravar;• Agradecer disponibilidade.

Bloco Temático: Caraterização do Entrevistado

Objetivos	Ações a desenvolver
Caraterização do Entrevistado	<ul style="list-style-type: none">• Idade;• Género;• Serviço onde exerce funções;• Anos de serviço;• Categoria Profissional;• Especialização;• Experiência Profissional;• Experiência como Enfermeiro Tutor (ET);• Grau académico;• Formação na área da SCE

Bloco Temático: Dimensão Organizacional

Objetivos	Exemplo de Questões	Ações a Desenvolver
Compreender a dinâmica de supervisão de estudantes em Ensino Clínico (EC)	<ul style="list-style-type: none"> • Como é organizado o EC? • Que informações existem no guia de estágio • Como é feita a escolha do ET no serviço onde trabalha? 	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião prévia com os tutores e os estudantes; • Apresentação do plano de estudos e dos objetivos do EC
	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos estudantes estão alocados a cada ET? • Como perspetiva o facto de existir mais do que um estudante atribuído ao mesmo enfermeiro? E um estudante com dois ET? 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de turnos com o estudante que está a orientar
	<ul style="list-style-type: none"> • Gostaria que falasse sobre a gestão do papel de enfermeiro na prestação de cuidados e do papel de ET 	<ul style="list-style-type: none"> • Influência da gestão de papéis na qualidade dos cuidados • O “timing ”/ ritmo de trabalho do estudante e a prestação de cuidados pelo ET; • Tempo disponível para o exercício do papel e supervisão de qualidade.
	<ul style="list-style-type: none"> • Que conhecimentos prévios devem ter os estudantes em cada EC? • Acha que estão bem preparados? 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Como perspetiva a relação entre a instituição de ensino e a instituição de saúde? 	<ul style="list-style-type: none"> • O docente está preparado para o papel?

	<ul style="list-style-type: none"> O modelo de orientação de estudantes em EC em uso na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, modelo partilhado, parece-lhe o mais adequado? 	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conhecer os vários modelos.
--	---	---

Bloco Temático: Dimensão Interpessoal

Objetivos	Exemplo de Questões	Ações a Desenvolver
Identificar os fatores que influenciam a supervisão de estudantes em EC, na perspetiva do ET	<ul style="list-style-type: none"> Quais as características do ET e do estudante que influenciam a relação supervisiva? 	<ul style="list-style-type: none"> O género, a idade e experiência enquanto ET; Personalidade do ET (físicas, psicológicas, emocionais); Idade, género do estudante; Personalidade do estudante (cortesia, justiça, integridade)
	<ul style="list-style-type: none"> E a restante equipa? Influencia a relação? 	<ul style="list-style-type: none"> Atitudes da equipa de enfermagem; Atitudes da equipa multidisciplinar.
	<ul style="list-style-type: none"> Na sua opinião que tipo de relação deve existir entre o ET e o estudante? 	<ul style="list-style-type: none"> O ET deve ser um modelo para o estudante; Como pode ter um papel ativo na motivação do estudante (disponibilidade do ET, estabelecer metas)

Bloco Temático: Dimensão Cognitiva

Objetivos	Exemplos de Questões	Ações a Desenvolver
Identificar os fatores que influenciam a supervisão de estudantes em EC, na perspetiva do ET	<ul style="list-style-type: none"> Qual o papel do ET? 	<ul style="list-style-type: none"> Orientação técnica; Compreensão dos cuidados, reflexão, facilitador da formação do estudante; Integração no Serviço; Desenvolvimento de autoconfiança e espírito crítico; Servir como modelo
	<ul style="list-style-type: none"> Considera necessário a existência de formação específica para o desempenho do papel de ET? 	<ul style="list-style-type: none"> Sentimento de preparação para o papel de ET; Conteúdos a serem ministrados; Entidades responsáveis pela formação.
	<ul style="list-style-type: none"> Quais as características de um “bom tutor”? 	<ul style="list-style-type: none"> Pessoais (relação interpessoal, capacidade de observação e análise, boa comunicação) Profissionais (competências técnicas, capacidade de liderança, organização e planeamento).
	<ul style="list-style-type: none"> Que estratégia usa enquanto ET? 	<ul style="list-style-type: none"> Feedback; Demonstrações prévias, estudos de caso, reuniões de estágio, debates, discussão constante, formulação de questões reflexivas.
	<ul style="list-style-type: none"> Uma das funções do ET é avaliar. Quando tem dificuldade o que faz? 	<ul style="list-style-type: none"> Recebe ajuda do docente Sente-se pressionado pela instituição de

		<p>ensino e instituição de saúde na avaliação</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que avalia (o que o aluno aprende, o que o aluno sabe; conhecimento teóricos, relação interpessoal, destreza técnica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Quais os conteúdos do instrumento de avaliação da Escola Superior de Enfermagem do Porto 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação como processo/ avaliação como instrumento; • Papel ativo na avaliação; • Relação entre o erro e a aprendizagem
	<ul style="list-style-type: none"> • O que valoriza mais no estudante? 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimentos/habilidades/attitudes
	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as alterações que devem ocorrer no EC com vista à potencialização do papel do ET e consequentemente da supervisão de estudantes, nas dimensões organizacional, interpessoal e cognitiva do papel? 	<ul style="list-style-type: none"> • Articulação com a instituição de ensino

Bloco Temático: finalização

- Questionar se o entrevistado quer acrescentar algo
- Agradecer disponibilidade

ANEXO II

Autorização Institucional para realização das Entrevistas

Exmo Sr. Presidente do Conselho Científico da Escola Superior de Enfermagem do
Porto

Eu, Mónica Cláudia da Silva Barbosa, estudante desta instituição no Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, a desenvolver a dissertação com o tema “Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico: perspetiva do enfermeiro tutor” sob a orientação da senhora Professora Doutora Sandra Cruz e coorientação do senhor Professor Doutor Luís Carvalho. Cujos objetivos do estudo são:

-Compreender a dinâmica de supervisão de estudantes em ensino clínico na formação inicial em enfermagem;

-Identificar os fatores que influenciam o processo supervisivo, na perspetiva do enfermeiro tutor;

Venho por este meio solicitar a vossa excelência que possibilite a colheita de dados, através da realização de entrevista semiestruturada, que envio em anexo, a oito estudantes dos cursos de especialização e mestrado desta instituição.

Grata pela atenção dispensada,

Peço deferimento,

Respeitosamente,

Assunto: Autorização para realização de entrevistas a estudantes dos cursos de pós-licenciatura para o estudo: Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em ensino clínico: perspetiva do enfermeiro tutor

Exma. Senhor Enfermeira Mónica Barbosa

Em referência ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar do despacho do Conselho Técnico-Científico, do Presidente da ESEP e do Coordenador do CLE:

Decisão do CTC

Nada a opor.

Despacho Presidente

Autorizo. A realização das entrevistas deverá ser articulada com o coordenador do CLE.

Posição do Coordenador do CLE

Tomei conhecimento e realizei o contacto com a requerente, no sentido de reunir e concretizar as condições necessárias à recolha de dados, nos termos das decisões dos órgãos da ESEP.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Anexo III

Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____ (nome) aceito colaborar no estudo “Fatores que influenciam a supervisão de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico: perspetiva do enfermeiro tutor.” Cujos objetivos e finalidades me foram explicados.

Ficou ressalvado o direito de, em qualquer momento do estudo, se assim o entender, anular a minha colaboração.

Foi, igualmente, salvaguardado o direito de anonimato e confidencialidade em todos os momentos do estudo, nomeadamente no decorrer das entrevistas.

O (A) colaborador (a)

A Estudante de Mestrado

Mónica Barbosa

monicabarbosa@netcabo.pt